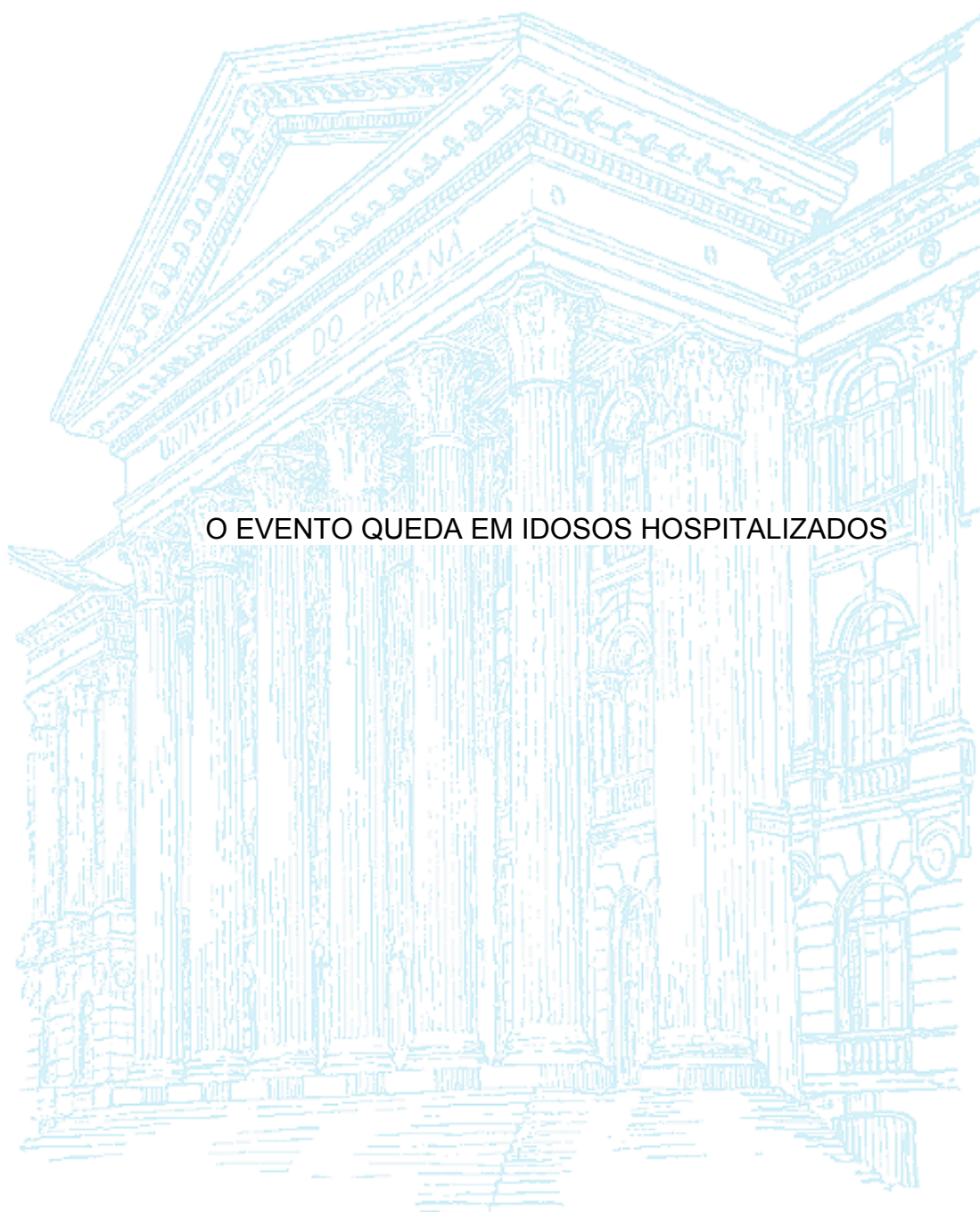


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ELIDE VACCARI



O EVENTO QUEDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

CURITIBA

2013

ÉLIDE VACCARI

O EVENTO QUEDA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Dissertação apresentada à banca do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Lenardt
Coorientadora: Enf^ª Dr^ª Mariluci Hautsch Willig

CURITIBA

2013

Vaccari, Élide

O evento queda em idosos hospitalizados / Élide Vaccari – Curitiba, 2013.

137 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Helena Lenardt

Coorientadora: Enfermeira Dra. Mariluci Hautsch Willig

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Idosos. 2. Acidente por quedas. 3. Hospitalização e enfermagem. I. Lenardt, Maria Helena. II. Willig, Mariluci Hautsch. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.970231

TERMO DE APROVAÇÃO

ÉLIDE VACCARI

O EVENTO QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:



Presidente da Banca: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt

Universidade Federal do Paraná



Membro Titular Externo: Prof^a. Dr^a. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Universidade Federal de Santa Catarina



Membro Titular Interno: Prof^a. Dr^a. Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 16 de Dezembro de 2013.

Ao meu pai **RINO VACCARI** (*in memoriam*),
Meu primeiro professor, exemplo de dedicação pela profissão,
fez-me acreditar, que todos os sonhos são possíveis,
pois, só depende de quanto estamos dispostos
a nos dedicar para alcançá-los.
A minha mãe **AURÉLIA VACCARI**,
por ser o alicerce inabalável da nossa família.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de **Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional e Professores**, pela ousadia e responsabilidade em abrir mais um programa de Mestrado direcionado à prática profissional e oportunizar uma melhor formação a nós Enfermeiros.

À Professora Doutora **Maria Helena Lenardt**, minha orientadora, por sua perseverança e estímulo, pelas correções e orientações.

À Enfermeira Doutora **Mariluci Hautsch Willig**, minha coorientadora e colega profissional pelo apoio contínuo, correções, orientações e pelo exemplo de vida.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) que me realiza profissionalmente... Amo ser Enfermeira do HC!

À **Direção de Enfermagem** - HC e ao Grupo de Trabalho para Prevenção de Quedas (GTPQ), pelo apoio e cumplicidade que me permitiram percorrer essa jornada.

A toda **equipe da Clínica Médica Masculina e Enfermeira Elaine Zen**, pelo apoio, compreensão, troca de plantões e por todo respeito que existe entre nós.

À Professora Doutora **Raymunda Viana Aguiar**, pelos materiais compartilhados e por despertar no meu dia a dia o interesse pela segurança do paciente.

Às Professoras Doutoras **Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Silvia Maria Azevedo dos Santos**, pela disponibilidade em compor a Banca de Defesa e suas contribuições.

Ao Professor Mestre **Ary Elias Sabbag Junior**, pelo auxílio com as análises estatísticas.

Aos amigos **Edinaldo, Divanise e Emanuelle** pelo apoio e dedicação na coleta de dados.

Às **Amigas** da pequena, mas **grande** turma de Mestrado Profissional, pela amizade, apoio e troca de experiências.

Às amigas **Divanise, Silvia e Adriana**, pelas alegrias e angústias, pelo riso e pelo choro que há anos compartilhamos. Acreditem, é possível realizar nossos sonhos!

Aos **Membros** do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos - **GMPI**, pelas discussões que estimulam buscar mais conhecimento, amizade, companheirismo.

Aos **idosos hospitalizados** que num momento crítico de suas vidas aceitaram realizar as entrevistas e permitiram que este trabalho se realizasse.

A **DEUS**...simplesmente não existem palavras para explicar o seu amor pela minha vida...

RESUMO

VACCARI, E. **O evento quedas em idosos hospitalizados.** 2013. 137f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem Profissional] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt.
Coorientadora: Enf^a Dr^a Mariluci Hautsch Willig

Trata-se de estudo quantitativo com delineamento transversal, cujo objetivo foi identificar os cuidados necessários à prevenção de quedas em idosos internados nas unidades de Clínica Médica e Cirurgia Geral de um hospital de ensino. A amostra de 127 idosos foi constituída no período amostral de quatro meses, compreendendo abril a julho de 2013. O recrutamento dos idosos, de ambos os sexos, foi realizado por conveniência. Para a coleta dos dados utilizou-se de entrevista semiestruturada e *check list* para análise da estrutura física, baseado na Associação Brasileira de Normas Técnicas. Os dados foram organizados no programa *Excel 2007* sob dupla conferência. Para análise, foram empregados estatística descritiva, teste Exato de *Fisher* e *t-Student* utilizando o *softwer* SPSS v.20.0. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os resultados apontam maior incidência de internamento do gênero masculino (58,3%), com destaque para a Unidade de Clínica Médica (59,8%), faixa etária de 60-69 anos de 51,2%. Dos idosos internados 81,9% utilizavam medicação de uso contínuo e 87,4% faziam uso de alguma tecnologia assistiva, 63,4% afirmaram ter sofrido queda nos últimos 12 meses e 7% sofreram queda durante o período de internação. O número de reinternações correspondeu a 42,5% nos últimos 12 meses e 45,8% alegam que existe risco de cair dentro do hospital. Das nove quedas ocorridas, seis delas não tiveram consequências físicas e três apresentaram resultados moderados a graves, sendo uma com fratura de fêmur. Somente quatro dessas quedas foram notificadas, demonstrando que há subnotificações. Quanto aos fatores intrínsecos apresentaram significância estatística para o risco de quedas no ambiente hospitalar, a associação entre a ocorrência de queda nos últimos 12 meses e quedas durante o período de internação ($p = 0,008$), presença de tontura ou desequilíbrio ($p = 0,026$). Quanto aos fatores extrínsecos a acessibilidade e a estrutura física interna da instituição possui boa infraestrutura, com destaque negativo para as instalações sanitárias, que não estão de acordo com a legislação e oferecem risco para ocorrência de quedas. Conclui-se que o ambiente hospitalar é propício a quedas. Os cuidados necessários para a segurança do idoso são competências das equipes: de enfermagem, da interdisciplinar e de infraestrutura. Destacam-se como cuidados prioritários específicos da enfermagem as orientações para a equipe, paciente e familiar, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do protocolo de prevenção de quedas e realização de notificações.

Palavras-chave: Idosos, acidente por quedas, hospitalização e enfermagem.

ABSTRACT

VACCARI, E. **The event falls in hospitalized elderly.** 2013. 137f. Master [Master of Professional Nursing] - Federal University of Paraná, Curitiba.

Advisor: Prof. Dr. Maria Helena Lenardt.

Jointly Supervised by: Nurse th Dr. Mariluci Hautsch Willig

This is a quantitative cross-sectional study, which aimed to identifying the necessary care of falls in elderly patients hospitalized in Medical Units and General Surgery in a teaching hospital. A sample of 127 elderly people was formed in the sample period of four months, comprising from April to July 2013. The recruitment of elderly people of both sexes was held for convenience. To collect the data we used semi-structured interviews and checklists for analysis of the physical structure based on the Brazilian Association of Technical Standards. Data were organized in Excel 2007 double-conference. For analysis, descriptive statistics, Fisher's exact test and Student t using SPSS v.20.0 softwer were employed. P values < 0.05 were considered statistically significant. The results indicate a higher incidence of hospitalization were male (58.3 %), highlighting the Unit of Clinical Medicine (59.8 %), aged 60-69 years of 51.2 %. 81.9 % of elderly inpatients continued use of medication used and 87.4 % were using some assistive technology , 63.4 % said they had been dropped in the last 12 months and 7 % suffered falls during hospitalization. The number of readmissions accounted for 42.5 % in the last 12 months and 45.8 % claim that there is risk of falling within the hospital. Nine falls occurred, six of them had no physical consequences and three had moderate to severe outcomes, one with a fractured femur. Only four of these falls were reported, demonstrating that there is underreporting. As for intrinsic factors showed statistical significance for the risk of falls in the hospital setting, the association between the occurrence of falls in the past 12 months and declines during the period of hospitalization ($p = 0.008$), presence of dizziness or imbalance ($p = 0.026$). As for extrinsic factors accessibility and internal physical structure of the institution has good infrastructure, especially negative for sanitary facilities, which are not in accordance with the law and offer risk for falls. It is concluded that the hospital environment is conducive to falling. Necessary for the safety of elderly care skills of the teams are: nursing, interdisciplinary and infrastructure. Stand out as specific priority nursing care guidelines for staff, patient and family, the implementation of the Nursing Care System and protocol for the prevention of falls and making notifications.

Keywords: Elderly, accident falls, hospitalization and nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS NO BRASIL 2013 - PROJEÇÃO PARA 2050.....	19
GRÁFICO 2	- PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO IDOSA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL SEGUNDO CURITIBA, REGIÃO METROPOLITANA, PARANÁ E BRASIL 2010.....	20
GRÁFICO 3	- LOCAL OU SITUAÇÃO IDENTIFICADA PELOS IDOSOS COMO RISCO DE QUEDAS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	72
GRÁFICO 4	- ORIENTAÇÕES REPRODUZIDAS PELOS IDOSOS EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DE QUEDA.....	74
GRÁFICO 5	- LOCAL DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.....	77

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- ALTERAÇÕES DO SISTEMA SENSORIAL E MOTOR QUE CONTRIBUEM PARA PERDA DO EQUILÍBRIO.....	23
FIGURA 2	- FATORES CONTRIBUINTES AO EVENTO QUEDA CONFORME <i>ESTRUTURA CONCEPTUAL</i> ..	29
FIGURA 3	- CATEGORIZAÇÃO DOS FATORES QUE COMUMENTE LEVAM ÀS QUEDAS.....	33
FIGURA 4	- CASCATA DA DEPENDÊNCIA.....	36
FIGURA 5	- ITENS DE SEGURANÇA RELACIONADOS DIRETAMENTE AO AMBIENTE PRÓXIMO AO PACIENTE.....	81

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- DADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS DE CAUSAS QUE PODEM LEVAR A QUEDAS.....	37
QUADRO 2	- FATORES DE RISCO PARA QUEDA E MEDIDAS RELACIONADAS À ADULTOS HOSPITALIZADOS..	39
QUADRO 3	- COMPONENTES DA ACESSIBILIDADE ESPACIAL PARA IDOSOS.....	42
QUADRO 4	- VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO QUE COMPÕEM O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DE SEGURANÇA DO AMBIENTE.....	50
QUADRO 5	- CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS IDOSOS QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.....	75
QUADRO 6	- AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA CIRCULAÇÃO INTERNA.....	87
QUADRO 7	- AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA CIRCULAÇÃO VERTICAL.....	88
QUADRO 8	- AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DOS SANITÁRIOS	89

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.	53
TABELA 2	- PERFIL DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS EM RELAÇÃO AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO.....	57
TABELA 3	- ASSOCIAÇÃO ENTRE O EVENTO QUEDA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO E USO DE MEDICAMENTO CONTÍNUO.....	58
TABELA 4	- DÉFICIT SENSORIAL E USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA.....	61
TABELA 5	- ASSOCIAÇÃO ENTRE O EVENTO QUEDAS E USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA.....	63
TABELA 6	- ATIVIDADE FÍSICA, PERFIL DO EVENTO QUEDAS, E HOSPITALIZAÇÕES ANTERIORES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	64
TABELA 7	- ASSOCIAÇÃO ENTRE A OCORRÊNCIA DO EVENTO QUEDAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES E POSSÍVEIS FATORES RELACIONADOS.....	70
TABELA 8	- RISCO E PREVENÇÃO DE QUEDA INTRA-HOSPITALAR.....	71
TABELA 9	- ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE CAIR NO AMBIENTE HOSPITALAR, TONTURA AO LEVANTAR DO LEITO E ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	73
TABELA 10	- OCORRÊNCIA E CONSEQUÊNCIA DA QUEDA INTRA-HOSPITALAR NOS IDOSOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	76
TABELA 11	- ORIENTAÇÃO, RISCO E NOTIFICAÇÃO RELACIONADOS AOS PARTICIPANTES QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.....	78
TABELA 12	- FATORES EXTRÍNSECOS, INTRÍNSECOS E COMPORTAMENTAIS DOS PARTICIPANTES QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE HOSPITALIZAÇÃO.....	80
TABELA 13	- AVALIAÇÃO GERAL DOS ITENS DE SEGURANÇA RELACIONADOS DIRETAMENTE AO AMBIENTE PRÓXIMO AO PACIENTE.....	82
TABELA 14	- ACESSIBILIDADE ESPACIAL DO IDOSO INTERNADO E NÍVEL DE SEGURANÇA AUTORREFERIDA.....	84

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	O ENVELHECIMENTO HUMANO E SEUS DESAFIOS.....	18
3.2	SEGURANÇA E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA.....	25
3.3	QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS.....	30
3.4	CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	38
3.4.1	A Enfermagem e os Fatores Extrínsecos Relacionados à Prevenção do Risco de Queda.....	41
4	METODOLOGIA	45
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	45
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	45
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	48
4.4	COLETA DE DADOS.....	49
4.4.1	Junto aos Idosos	49
4.4.2	Ambiente Físico	50
4.5	TRATAMENTO DOS DADOS E MÉTODOS ESTATÍSTICOS.....	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS.....	53
5.2	PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS E A OCORRÊNCIA OU NÃO DO EVENTO QUEDAS.....	57
5.2.1	Uso de Medicação Contínua e a Ocorrência ou não do Evento Quedas	57
5.2.2	Autorrelato de Déficit Sensorial e Uso de Tecnologias Assistivas.....	60
5.2.3	Atividade Física, Perfil do Evento Quedas e Hospitalizações.....	63
5.2.4	Risco, Ocorrência e Prevenção de Queda Intra-Hospitalar.....	71
5.3	PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.....	75

5.4	ITENS DE SEGURANÇA RELACIONADOS DIRETAMENTE AO AMBIENTE PRÓXIMO AO PACIENTE.....	81
5.5	CARACTERÍSTICAS DE ACESSIBILIDADE E AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA CONFORME NORMAS DA ABNT 9050/2004	84
5.5.1	Circulação Interna.....	86
5.5.2	Circulação Vertical: Elevadores.....	88
5.5.3	Sanitários.....	89
	CONCLUSÃO.....	91
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICES.....	110
	ANEXOS.....	122

1 INTRODUÇÃO

O movimento mundial em busca da qualidade nos serviços de saúde levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) à criação da Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Essa Aliança estabeleceu alguns alvos relacionados ao paciente: identificar o paciente corretamente, melhorar a comunicação efetiva, melhorar a segurança para medicamentos de risco, eliminar cirurgias em membros ou em pacientes errados, reduzir o risco de adquirir infecções e reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas (WHO, 2008).

A ocorrência de queda é um evento relativamente frequente em instituições hospitalares, e chegam a ter consequências expressivas nos componentes físicos, psicológicos e sociais. Particularmente, essas consequências podem ser potencializadas em pessoas que já se apresentam fragilizadas por doenças (ABREU *et al.* 2012; VIANA *et al.* 2011; SARAIVA *et al.*, 2008).

O evento queda é responsável pelo aumento no período de internação e pelo risco da perda da capacidade funcional da pessoa, com consequente acréscimo de custos econômicos e sociais. Em virtude disso, este tipo de situação é considerado como importante indicador da qualidade assistencial (SARAIVA *et al.*, 2008; MUGAIAR, 2004; CALVO, 2001;).

No Brasil um estudo realizado sobre quedas intra-hospitalares em Belo Horizonte, evidencia o evento de quedas em pacientes idosos hospitalizados. Os autores consideraram o hospital como um local propício à ocorrência de quedas e constataram que os dados são subnotificados, haja vista, que não foi possível identificá-los por intermédio da revisão de prontuários, somente pelas entrevistas com a equipe multidisciplinar de saúde do setor pesquisado. O estudo revelou que em cada 1000 leitos, cerca de 3 a 13% dos pacientes internados caem por dia e concluiu que os eventos de quedas “não são reportados de maneira adequada, tornando necessária adoção de medidas educativas aos profissionais que lidam com esta população” (VIANA *et al.*, 2011 p. 72).

Segundo a Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD), a queda é um evento adverso ou incidente “inesperado, indesejado e diretamente associado aos cuidados de saúde prestados ao doente” (WHO 2009, p. 47). Estruturada com mais detalhes a definição de Pereira (1994, p. 218) afirma que queda é “um deslocamento não intencional do

corpo a um nível inferior em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade”.

As quedas sofridas pelos pacientes, durante o internamento, são uma das ocorrências mais importantes na quebra da segurança e são frequentemente responsáveis pelo aumento do número de dias de internamento e piores condições de recuperação (ABREU *et al.*, 2012).

No meio hospitalar as quedas são consequências de diversos fatores. As diferenças entre o ambiente hospitalar e o doméstico, com o seu movimento próprio e alterações de espaço e organização, pode representar grande mudança, principalmente para os pacientes mais idosos ou com maior dificuldade de ajustamento a alterações do seu ambiente (ALMEIDA *et al.*, 2010).

A queda no ambiente hospitalar é motivo de intensas discussões entre os profissionais de saúde, na tentativa de adotar estratégias para contê-las e desenhar o perfil de pacientes, que sofrem esse evento (REUBEN *et al.*, 2010). Essa preocupação permite à instituição o desenvolvimento de práticas mais seguras e geração de indicadores importantes, uma vez que possui como seus maiores colaboradores a equipe de enfermagem. Entretanto, a promoção da segurança do paciente e especificamente a prevenção das quedas, constitui um desafio para os enfermeiros, que precisam assumir uma atitude eficaz no âmbito da investigação, formação e implementação de medidas preventivas (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Saraiva *et al.* (2008, p. 29) afirmam que a queda precisa ser “minuciosamente avaliada e os fatores de risco a ela associados devem ser explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência e saúde física do indivíduo”. Esta avaliação necessita integrar o plano individual de cuidados, como medida proativa de prevenção (HENDRICH, 2006).

A normativa nº 9050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) tem como objetivo assegurar condições de acessibilidade de pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida (evidencia os idosos), aos estabelecimentos públicos e privados. A norma engloba as condições de mobilidade incluindo tanto a acessibilidade física como a de comunicação, definindo acessibilidade como: “possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos” (ABNT/NBR 9050/2004, p. 2).

A normativa *op cit.*, direciona a utilização e percepção do ambiente pelas pessoas com mobilidade reduzida e/ou que utilizam tecnologias assistivas como: próteses, aparelhos de apoio, cadeiras de rodas, bengalas, sistemas assistivos de audição, visão e outros, proporcionando a utilização autônoma e segura do ambiente em que estão inseridos.

A avaliação da segurança para a acessibilidade dos idosos em todos os ambientes (acessibilidade ambiental), especificamente aqueles que proporcionam atenção à saúde deles, é uma ferramenta que deve ser incorporada como fator relevante para o cuidado de enfermagem. A equipe de saúde também precisa “conhecer os princípios da acessibilidade para preservar aqueles já incorporados à arquitetura hospitalar e solicitar orientação adequada quando identificar barreiras no ambiente” (PAGLIUCA *et al.*, 2007 p. 587).

Em decorrência das doenças crônicas e do próprio envelhecimento, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua vida com maior qualidade possível. Novas estratégias de cuidado necessitam ser direcionadas ao idoso que possui doença crônica, porque são os que mais demandam os serviços de saúde e que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade (VERAS 2012; BRASIL, 2007). As ações de cuidados para a população idosa precisam percorrer vários caminhos paralelos, incluindo desde programas socioeducativos aos programas de prevenção na rede básica de saúde, alcançando os cuidados da rede terciária de atendimento, representados pelas instituições hospitalares.

Desse modo, os pacientes idosos precisam ser privilegiados devido à vulnerabilidade que apresentam aos riscos. A queda é habitualmente considerada como uma “síndrome geriátrica” em consequência da sua enorme incidência em idosos. Ainda, a coexistência de doenças sistêmicas e consequentemente o uso de diversos medicamentos predispõe os idosos a riscos de trauma (CASTRO *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2010).

A política de segurança do paciente desenvolvida no Hospital de Ensino, local do presente estudo, por meio da Assessoria da Gestão da Qualidade (AGQ) monitora desde março de 2011 a ocorrência de problemas como as quedas, erros de medicação, flebites, úlcera de pressão entre outros. No item queda foram notificados 50 eventos no ano de 2012, sendo quatro eventos considerados graves, e no 1º semestre de 2013 já constam 32 notificações em avaliação (AGQ, 2013).

Em março de 2012, com apoio da AGQ e a Direção de Enfermagem (DE), foi instituído o Grupo de Trabalho de Prevenção de Quedas (GTPQ), com o objetivo de implantar um protocolo de prevenção de quedas na referida instituição hospitalar. Foram realizadas sensibilizações com a equipe de enfermagem e definida uma escala para avaliação do risco de queda, entretanto as ações desenvolvidas por este grupo não vem alcançando seu objetivo quando comparado ao número de notificações deste evento.

Diante das evidências da ocorrência do evento quedas no ambiente hospitalar e igualmente no local deste estudo, confirma-se a necessidade iminente de identificar e modificar os fatores que estão predispondo esse evento. Desse modo, os estudos sobre quedas são relevantes quando o intuito é encontrar medidas que auxiliem a prevenção deles, ou seja, que apontem cuidados preventivos. Para tanto, o presente estudo tem a seguinte questão de pesquisa: **quais são os cuidados necessários à prevenção de quedas em idosos durante a internação hospitalar?**

A enfermagem tem como princípio básico a avaliação ampla do idoso, na qual está incluída a avaliação do ambiente e com o objetivo de realizar intervenções no planejamento de contextos que compensem as suas perdas funcionais. Acredita-se que os enfermeiros desempenharão melhor assistência ao paciente idoso, quanto mais notável forem seus conhecimentos relativos ao processo de envelhecimento, bem como o olhar atento às situações e condições valorizadas pelos próprios idosos (KUZNIER; LENARDT, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os cuidados necessários à prevenção de quedas em idosos internados nas unidades de Clínica Médica e Cirurgia Geral de um hospital de ensino.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos internados na Clínica Médica e Cirurgia Geral de um hospital de ensino.
- Identificar fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à queda entre idosos hospitalizados.
- Avaliar as condições de segurança existentes na Clínica Médica e Cirurgia Geral que possibilitam a prevenção de quedas em idosos no ambiente hospitalar.
- Relacionar as condições existentes nas unidades investigadas às propostas pela NBR9050/04 para a segurança no ambiente físico.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta revisão da literatura são abordadas as temáticas referentes ao envelhecimento e seus desafios, segurança e qualidade na assistência, quedas em idosos hospitalizados e cuidados de enfermagem para prevenção de quedas.

3.1 O ENVELHECIMENTO HUMANO E SEUS DESAFIOS

Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX, esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O envelhecimento contínuo da população mundial e especificamente da população brasileira tem despertado a necessidade de buscar novas práticas de promoção e prevenção da saúde, assim como, priorizar o desenvolvimento de ações multidisciplinares, a fim de manter o cidadão idoso social e economicamente ativo e o mais independente possível.

A população mundial está envelhecendo, esse é um fato que as nações estão começando a compreender a medida que buscam caminhos para manter seus cidadãos idosos integrados e independentes. De acordo com a revisão de 2012 das projeções e estimativas oficiais de população das Nações Unidas, a população mundial de 7,2 bilhões em meados de 2013 é projetada para aumentar em quase 1 bilhão de pessoas nos próximos doze anos, atingindo 8,1 bilhões em 2025, os idosos representam 841 milhões em 2013 e devem alcançar 2 bilhões em 2050, 25% da população mundial (*UNITED NATIONS*, 2013; *KALACHE*, 2008).

Globalmente a população com 60 anos ou mais, nos países mais desenvolvidos, tem crescido em média a taxa de 1% ao ano, sendo que nos países menos desenvolvidos, a taxa de crescimento alcança 3,7% ao ano. Há projeções de que o crescimento da população idosa deve subir de 554 milhões em 2013 para 1,6 bilhão em 2050, nos países menos desenvolvidos (*UNITED NATIONS*, 2013).

A expectativa de vida também tem evoluído de forma crescente, no Brasil passou de 71,16 anos em 2003 para 74,84 em 2013 e está projetada para 77,8 anos

em 2025, ocasionando mudanças nas condições de saúde da população, especialmente na população idosa. O índice de envelhecimento no Brasil – relação entre o número de idosos com 60 anos ou mais e de crianças com até 15 anos – cresceu de 20,52% em 2003 para 30,64% em 2013 e projeta-se para 59,32% em 2025 (IBGE, 2013).

Visualiza-se no Gráfico 1, as modificações que no Brasil ocorrem de forma radical e acelerada, dos 23,5 milhões de idosos existentes em 2013, as projeções indicam que o Brasil terá um contingente superior a 35 milhões em 2025, o que representa um crescimento de 59,09% da população idosa e deve alcançar 65 milhões em 2050 (IBGE, 2013).

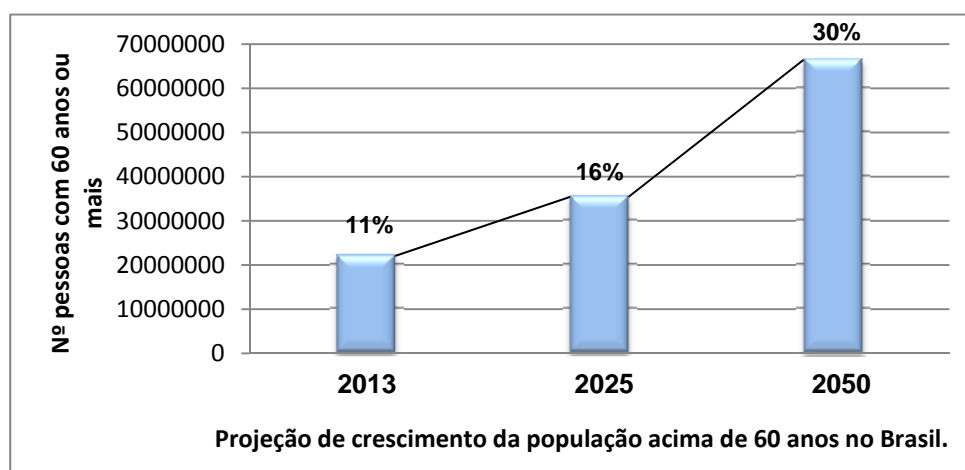


GRÁFICO 1 - POPULAÇÃO COM MAIS DE 60 ANOS NO BRASIL 2013 - PROJEÇÃO PARA 2050
 FONTE: ADAPTADO IBGE (2013)

Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população ocorreu de forma gradual, acompanhado de crescimento socioeconômico constante e durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento se tornou evidente há duas ou três décadas. Dessa maneira, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em suas riquezas (KALACHE, 2008).

A esperança de vida no Paraná no período 2005 a 2010 passou de 73,5 para 74,7 anos, sendo de 71,6 anos para os homens e de 77,4 para as mulheres. Em 2010 a população idosa representou 11,22% da população estadual, porcentagem maior que a média nacional que é de 10,79% (IBGE, 2011). Em 2010 a população idosa representava mais de 1.200 mil idosos. Em Curitiba e região Metropolitana

habitam mais de 300 mil idosos, representando 25% da população idosa do Estado (IBGE, 2011).

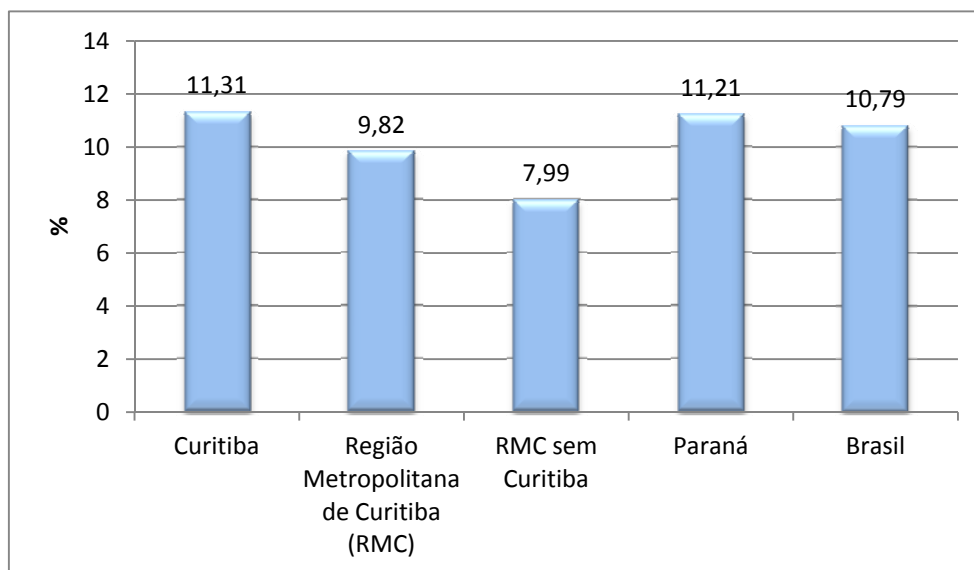


GRÁFICO 2 - PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO IDOSA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO TOTAL CURITIBA, REGIÃO METROPOLITANA, PARANÁ E BRASIL, 2010

FONTE: ADAPTADO IBGE - CENSO DEMOGRÁFICO (2010)

Existe a preocupação de que a velhice seja acompanhada de saúde e satisfação pessoal. Desse modo, faz-se necessário reconhecer as peculiaridades do envelhecimento humano, para que se possa planejar, direcionar e proporcionar um envelhecimento mais promissor aos atuais e futuros idosos (KUZNIER, 2007).

Dos 23,5 milhões de idosos que existem no Brasil mais de 3 milhões moram sozinhos e boa parte desses idosos executam as atividades diárias sem intervenção de ninguém e apresentam boa capacidade funcional, no entanto, esse número está muito abaixo do desejado. Para Cardoso e Costa (2010), o conceito de saúde do idoso está relacionado com sua capacidade funcional. A capacidade de cuidar de si mesmo, de determinar e executar atividades da vida cotidiana, com autonomia e independência, mesmo apresentando uma ou mais morbidades.

O envelhecimento da população levanta várias questões fundamentais, que precisam ser (re) avaliadas nos aspectos de reestruturação e implementação. Entre essas se destacam os programas de saúde que não suprem as necessidades básicas dos usuários, o baixo intento por ações preventivas para se alcançar a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional. Num sentido metafórico, a implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) caminha a passos lentos à medida que o envelhecimento populacional percorre o caminho a passos acelerados.

O crescimento do índice de envelhecimento populacional trouxe como consequências a presença de maior número de doenças crônico-degenerativas, morbidade e incapacidade funcional. Essas mudanças causam um grande impacto sobre as famílias, as formas de cuidado formal e informal e sobre o sistema de saúde (IBGE 2013; PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Em decorrência das doenças crônicas e do próprio envelhecimento, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações, ela possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a maior qualidade possível (BRASIL, 2007). Estimular o idoso a participar de atividades socioeducativas, orientar sobre a importância do acompanhamento médico em ambos os sexos e o uso contínuo de medicações nas doenças crônicas não transmissíveis, são fatores que associados permitem maior qualidade e independência na vida do idoso. Por sua vez, não se pode pensar em proporcionar melhor qualidade de vida sem o apoio das políticas públicas de saúde.

A dificuldade em obter acesso fácil a bens e serviços de saúde, podem acarretar progressivos problemas de saúde no processo de envelhecimento. Com o objetivo de desenvolver um envelhecimento sadio para os idosos é preciso almejar, juntamente com gestores do sistema público de saúde, profissionais da área e a sociedade como um todo um despertar para a necessidade de novas estratégias de cuidar destes idosos (GIRONDI, 2011).

Lima-Costa *et al.* (2011) baseado na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD), investigaram as tendências a longo prazo (1998, 2003, 2008) das condições de saúde da população idosa brasileira, com a autoavaliação da saúde, a prevalência de doenças e de condições crônicas autorreferidas, a capacidade funcional e o uso de serviços de saúde. O estudo revelou que a saúde do idoso é multidimensional e o fato de ocorrer melhora em alguns aspectos, não significa que não haja deficiência em outros, houve melhora na autoavaliação da saúde com leve diminuição nos casos de algumas doenças crônicas como depressão e doenças do coração, entretanto:

[...] a prevalência da incapacidade funcional permaneceu estável e observou-se aumento na hipertensão arterial e diabetes, e o número de consultas se amplia à medida que a população envelhece, sendo que mais consultas levam ao maior consumo de medicamentos, mais realizações de exames complementares e maior número de hospitalizações, principalmente a partir dos 70 anos (LIMA-COSTA *et al.*, 2011, p. 3691-3692).

Existem dois grandes equívocos em relação aos idosos que precisam ser evitados: o primeiro é acreditar que todas as alterações que ocorrem com o idoso sejam decorrentes de seu envelhecimento fisiológico, o que pode impedir a constatação precoce e o tratamento de doenças reais. O segundo equívoco é considerar o envelhecimento fisiológico como doença, estimulando a realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente esclarecidos pela senescência (BRASIL, 2007).

A compreensão de como o idoso vive e seu impacto sobre a sua saúde e qualidade de vida é de fundamental importância para instrumentalizar estratégias que visem o envelhecimento com um menor nível de incapacidade. Desse modo, é necessário proporcionar aos idosos, no ambiente em que vivem o devido acesso à informação, aos bens e serviços essenciais. Kuznier e Lenardt (2011, p. 75) destacam, “quando os idosos aceitam com mais tranquilidade as alterações advindas do processo do envelhecimento, podem sentir prazer em envelhecer”.

Para Moraes *et al.* (2010, p. 68) “os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida, e os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, tornando a variabilidade cada vez maior”. Ou seja, as características individuais do envelhecimento resultam da vulnerabilidade, da variabilidade e sua irreversibilidade.

Uma velhice saudável ou não, pode ser determinada, pela forma como os indivíduos percebem e lidam com as diversas situações na vida e com as transformações advindas do envelhecimento (RIBEIRO *et al.*, 2009)

A distinção entre velhice e patologia e a possibilidade de reduzir incapacidades em idosos, por intermédio da provisão de serviços de saúde e de bens essenciais à vida, foi afirmada no Brasil, nos anos 90, na Declaração de Brasília sobre Envelhecimento:

o envelhecimento é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Enquanto o envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, as condições crônicas e incapacitantes que, frequentemente, acompanham o envelhecimento podem ser prevenidas ou retardadas, não só por intervenções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais (BRASIL, 1996, p. 01).

Em 2007 o Ministério da Saúde, na publicação do Caderno de Atenção Básica, refere que as alterações decorrentes do processo fisiológico do

envelhecimento torna o idoso mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico) que “apresentam repercussão nos mecanismos homeostáticos e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação”. Dessa forma, permitem que as doenças se desencadeiem mais facilmente (BRASIL, 2007, p. 122).

Em um estudo realizado sobre as percepções dos idosos a respeito do seu envelhecimento, os mesmos revelaram que as alterações fisiológicas comprometem a independência e autonomia. Foram apontadas as mais variadas modificações funcionais, assim como as dermatológicas, neurológicas, reprodutoras, sensoriais e musculoesqueléticas (RIBEIRO *et al.*, 2009).

A instabilidade postural está entre as mais frequentes perdas apresentadas pelos idosos, que ocorre devido às alterações do sistema sensorial e motor, sendo que as alterações do equilíbrio na população idosa são problemas relativamente comuns, porém levam a importantes limitações na realização de atividades da vida diária (MAZO *et al.*, 2007). Para Moraes e Megale (2008, p. 105), o equilíbrio postural pode ser afetado direta ou indiretamente “pela disfunção dos sistemas fisiológicos principais, como hipotensão ortostática, síncope, drogas, doenças agudas, dentre outras”. Sendo uma das principais ameaças à independência e autonomia do idoso expondo-o a complicações como quedas e imobilidade, parcial ou completa.

Podem-se observar algumas alterações do sistema sensorial e motor que contribuem para perda de equilíbrio nos idosos representada na Figura 1.

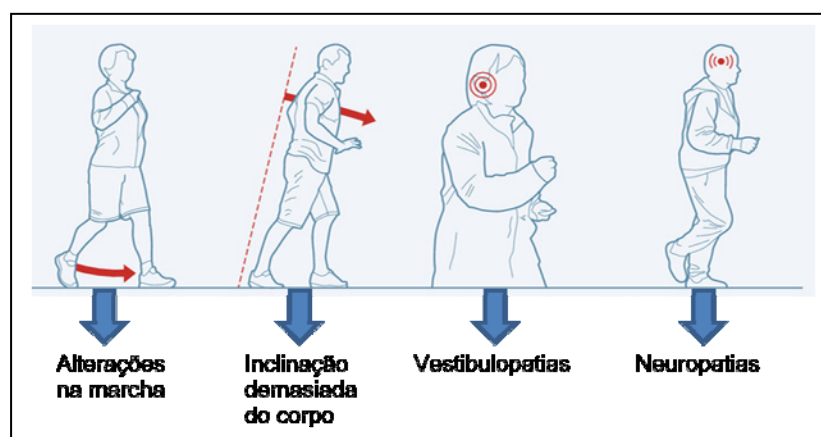


FIGURA 1- ALTERAÇÕES DO SISTEMA SENSORIAL E MOTOR QUE CONTRIBUEM PARA PERDA DO EQUILÍBRIO

FONTE: ADAPTADO DE ROBINOVITCH S. FROM ATHETES TO THE EKDERLY: THE SCIENCE OF TRIPS AND FALLS. THE WALL STREET JOURNAL - ISSUE OF SEPTEMBER 23, 2013

Em um estudo realizado por Rodrigues e Ciosak (2012), no pronto-socorro de dois hospitais da cidade de Curitiba-PR, cujo objetivo foi avaliar os fatores de risco relacionados a trauma em idosos, evidenciou a queda como o mecanismo mais frequente. Dos 261 idosos entrevistados, 198 (75,9%) referiram quedas, 9,6% atropelamento, 5,4% trauma direto e 3,8% acidente automobilístico. Houve predomínio do gênero feminino com 125 (85,1%) dos casos.

Em Campinas (SP), estudo semelhante realizado por Lima e Campos (2011) com 108 idosos vítimas de trauma, revelou que a queda foi a principal responsável pelos eventos traumáticos representando 90% dos atendimentos, sendo queda da própria altura (79,6%), seguidas de queda de altura 6% e queda em ônibus 4%. Entre as lesões resultantes do trauma os dados mostraram que 34 idosos (22,4%) sofreram lesões de superfície externa, 23 (15,1%) traumatismos crânio encefálico leve e 20 (13,1%) traumas de membros inferiores, dos quais 16 (10,5%) foram fraturas de fêmur.

Comparadas às vítimas jovens os idosos possuem, frequentemente, capacidade reduzida de recuperação, demandam maior tempo de hospitalização e possuem maior mortalidade, elevando o nível de preocupação das políticas públicas de saúde, para um rápido desenvolvimento de ações que venham minimizar essas estatísticas (LIMA; CAMPOS, 2011).

Algumas capitais brasileiras contam com a equipe multidisciplinar de saúde (geriatra, odontólogo, enfermeiros entre outros) tanto na hospitalização como em Unidades de Saúde e atendimentos de *home care*. Contudo, essa equipe não está disponível no sistema básico de saúde, impedindo que os idosos tenham acesso às melhorias proporcionadas pelo acompanhamento destes profissionais.

Como o aumento da demanda de pacientes idosos, também está refletindo nas instituições hospitalares, é preeminente o redirecionamento do cuidado, orientado conforme a especificidade desta clientela. Essa população tem como uma das referências para o seu atendimento clínico os hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente devido ao alto custo dos planos privados de saúde. Entre os hospitais conveniados pelo SUS, destaca-se o maior Hospital de Ensino do Paraná localizado em Curitiba, que não se limita a atender somente a região de Curitiba, a qual representa 57% do atendimento, presta atendimento também à região metropolitana (27%), outros municípios (14%) e outros estados do Brasil (3%) (UFPR, 2011).

Este Hospital de Ensino busca melhorar a qualidade de seu atendimento por meio da certificação de acreditação, recebeu o nível 01 em Agosto de 2011, expedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A respeito da acreditação hospitalar, Godoi (2008, p.111) ressalta que “a importância do processo de acreditação não está simplesmente no fato de padronizar a rotina do hospital, ou de simplesmente fornecer um selo de qualidade.” Constitui-se em importante instrumento para que todos sejam beneficiados, especialmente o usuário e seus familiares, que são o objetivo primário da existência do hospital. A certificação é almejada por instituições de saúde, como diferencial entre as demais.

Segundo Seiffert, Wolff e Wall (2011, p. 558) “as conformidades, por padrões da ONA têm como foco a segurança, a qualidade da assistência, o aprimoramento da gestão e a qualificação das equipes”. Para D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006), a equipe de enfermagem precisa estar inteiramente comprometida com a qualidade na assistência, essa não deve ser entendida como uma meta a ser alcançada, mas como um processo contínuo e ininterrupto. A enfermagem é o setor com maior número de profissionais, em quase todas as instituições hospitalares, que prestam assistência direta 24 horas ao usuário, compondo o grupo fundamental para esta conquista.

3.2 SEGURANÇA E QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

A expressão “segurança do paciente” é atualmente, muito usada, porém raramente definida com clareza. Em sua forma mais simples pode ser conceituada como: “o ato de evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar” (VINCENT, 2009, p. 32). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011, p. 21) define segurança do paciente como “[...] a redução de risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”.

Existe um forte conjunto de evidências e conhecimentos pontuais sobre as implicações que a segurança, ou a falta dela, tem sobre as organizações de saúde, dos profissionais e principalmente pacientes que circundam a instituição (FELDMAN, 2008). Essas implicações envolvem perda de confiança na instituição de saúde e

seus profissionais; o aumento dos custos sociais e econômicos e a redução da possibilidade de alcançar os resultados esperados/desejados, com consequências diretas na qualidade dos cuidados prestados (FELDMAN 2004; SOUSA 2006).

Atribui-se às instituições de saúde públicas baixa qualidade de atendimento a população, seja devido à precariedade da estrutura física, escassez de equipamentos ou déficit de pessoal. Entretanto, na instituição onde ocorreu a pesquisa, desde 2002, se desenvolve um trabalho contínuo e progressivo em busca da certificação de qualidade. Segundo Seiffert (2011, p.113), a qualidade no serviço público de saúde é feita por funcionários públicos “competentes e bem preparados, que se preocupam com sua própria segurança, mas também com a construção de sistemas de saúde seguros que inspirem confiança para os pacientes”.

No atual modelo da assistência à saúde, o movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem é uma necessidade, mas antes de tudo um imperativo, a fim de que seja garantida ao usuário, uma assistência livre de riscos e danos (ROTHBARTH, 2011).

Em 2000, nos Estados Unidos da América (EUA) foi publicada a obra *“To err is human: building a safer health care system”* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), que descreve os erros durante a assistência à saúde e a frequência em que os mesmos ocorrem, provocando milhares de mortes e sequelas irreversíveis. São notificados nos EUA como a oitava causa de óbitos (PEDREIRA 2009; HARADA, 2006).

Em 2002, a 55ª *World Health Assembly - WHA* - (Assembleia Mundial de Saúde) aprovou a resolução WHA 55.18, a qual faz um apelo aos Estados Membros que “prestassem mais atenção ao problema da segurança do paciente e que estabelecessem e reforçassem a evidência científica para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados” (AMS, 2002, p. 19).

A Organização Mundial de Saúde lançou em 2004 a *World Alliance for Patient Safety* e nela criou um grupo compostos por especialistas nessa área para desenvolver uma taxonomia internacional denominada *International Classification for Patient Safety - ICPS*, traduzida para o português em 2011 pela Divisão de Segurança do Doente - Lisboa - com o título *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – CISD* (PEDREIRA, 2009; DGS, 2011).

Desde sua criação a Aliança Mundial para Segurança do Paciente tem evoluído e aprimorado seus programas definindo doze grandes áreas de trabalho,

que preconizam desde desafios globais para a segurança, pesquisa, taxonomia, soluções, tecnologia, educação e Prêmio da Segurança entre outros (WHO, 2008).

Na América Latina o Estudo Iberoamericano sobre Eventos Adversos em pacientes hospitalizados (IBEAS), desenvolve ações de divulgação e educação para transformar a cultura punitiva pela educativa, para estimular as notificações a fim de obter o perfil da América Latina. Pesquisa realizada pelo IBEAS, com 11.379 pacientes apontou que 10,5% tiveram lesões devido ao processo assistencial. No relatório *Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente* apresentado por Montserrat-Capella (2013) consta que de cada 100 pacientes que sofreram eventos adversos, 07 morreram, 17 apresentaram incapacidade total, 12 incapacidade severa e 64 incapacidades leves ou sem sequelas físicas.

No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem desenvolvido alguns programas desde 2001, como exemplo a criação do Programa Hospital Sentinela que conta com quase 200 hospitais entre colaboradores e efetivos (FELDMAN, 2009). Em 2009, por meio da Portaria nº 1.660, foi criado o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária - NOTIVISA, do Ministério da Saúde, para receber as notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas aos produtos sob vigilância sanitária que incluem medicamentos, vacina, uso de sangue ou componentes, artigos medico hospitalares entre outros, mas ainda não contempla os eventos decorrentes de quedas.

O Ministério da Saúde (MS) e a ANVISA, lançaram em abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), cujo objetivo é prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos, tornando obrigatório que os hospitais do país montem um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A finalidade desses núcleos é aplicar e fiscalizar regras sanitárias e protocolos de atendimento que previnam quanto a falhas de assistência. Estes núcleos precisam estabelecer seus Planos de Segurança do Paciente, de modo que suas ações incluam, entre outras, a identificação do paciente, higienização das mãos, segurança cirúrgica, prevenção das úlceras por pressão e prevenção de quedas (BRASIL, MS-PPQ, 2013).

O movimento para segurança do paciente atualmente, substitui “a culpa e a vergonha” por uma nova abordagem, a de “repensar os processos assistenciais”, almejando antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde. Bem como, “a implantação da cultura de segurança, favorece

o gerenciamento de riscos e melhora a qualidade da assistência, reduzindo a exposição ao dano” (ANVISA 2011, p. 07).

Para a Organização Mundial de Saúde a cultura de segurança do paciente é o conjunto de valores, atitudes, percepção, competência e padrões de comportamento individuais e em grupo que determinam o compromisso e a eficiência da organização para lidar com a segurança do paciente (WHO, 2008).

Outra instituição ligada ao Ministério da Saúde é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem como principais objetivos a implantação e implementação de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde (ONA, 2010).

Em 2008 foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), que surgiu a partir da Rede Internacional de Segurança do Paciente em 2005, com o objetivo de ser o elo que proporciona articulação e cooperação técnica entre instituições de saúde e aquelas que formam profissionais de saúde. A meta é fortalecer a qualidade da assistência de enfermagem segura (CASSIANI, 2010).

A primeira pesquisa em enfermagem acerca dos resultados do cuidado ao paciente foi conduzida há mais de 150 anos por Florence Nightingale. Essa enfermeira é considerada pioneira nos cuidados com a higiene e a segurança do paciente. A mesma documentou a falta de condições sanitárias, de higiene e de qualidade nos hospitais de sua época. Para melhorar as condições introduziu medidas básicas que tiveram resultados expressivos na redução da taxa de mortalidade (CHEUNG *et al.*, 2008).

Em 1859, Florence Nightingale, como enfermeira visionária que se mostrava já afirmou: “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente” (SHARPE; FADEN, 1998, p.175).

De acordo com Cassiani (2010); Kurcgant *et al.* (2008); Montalvo (2007) e Torres (2005) podem ser considerados como os principais indicadores de qualidade na assistência de enfermagem a infecção hospitalar, administração de medicamentos (erros, pontualidade, checagem), prevenção de queda de pacientes, controle da dor, integridade da pele (úlceras de pressão, flebites e outros), procedimentos de terapias, dimensionamento de pessoal inadequado e o índice de satisfação do usuário.

Segundo Silva (2010, p. 422) “as investigações sobre a segurança do paciente devem subsidiar as tomadas de decisão e as intervenções da gestão modificando a prática do cuidado”, pois as ações adotadas precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança do paciente e promovam a qualidade da assistência.

Segundo Paiva *et al.* (2010, p. 189), a existência de “eventos adversos que comprometem a segurança do paciente, como as quedas, constitui um grande desafio para o aprimoramento da qualidade de assistência na área da saúde”. A ocorrência de quedas conforme Cintra *et al.* (2010, p. 33) “podem aumentar o tempo e o custo de internação, além de causar desconforto ao paciente e desconfiança em relação à qualidade do serviço de enfermagem e a responsabilidade do profissional”.

O enfermeiro desempenha um papel imprescindível na avaliação dos fatores que podem contribuir para a ocorrência de queda. Essa condição do enfermeiro tem como principal razão a participação dele em uma equipe que atua 24 horas na prestação de assistência especializada durante a internação e também porque realiza anotações e registros diários sobre a evolução do paciente.

O relatório técnico da *Estrutura Concetual da Cisd* (DGS, 2011, p. 89) subdivide os fatores contribuintes ao evento queda conforme Figura 2:

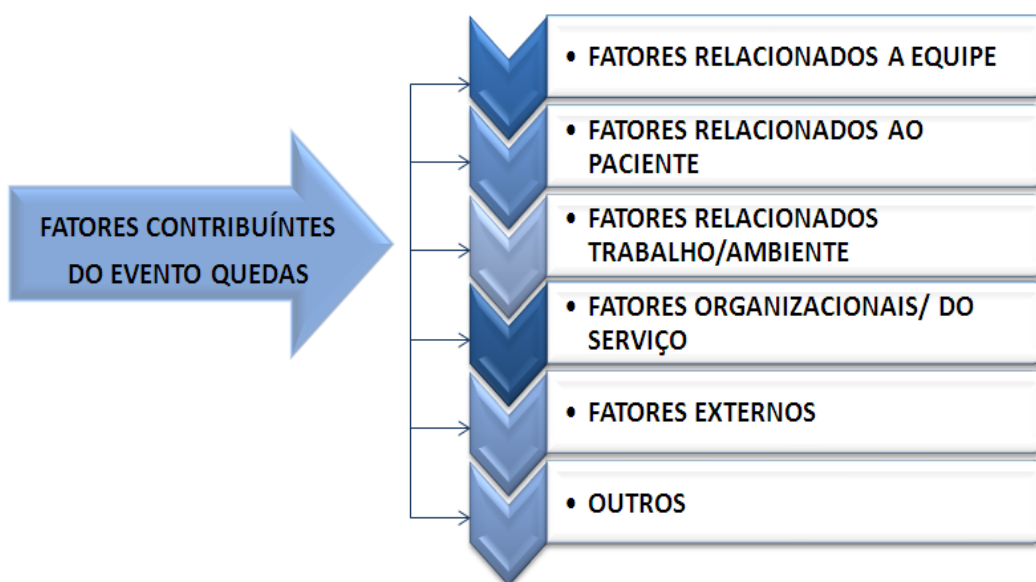


FIGURA 2 - FATORES CONTRIBUÍNTES AO EVENTO QUEDA CONFORME *ESTRUTURA CONCETUAL*

FONTE: Cisd (DGS-WHO, 2011)

Os fatores relacionados à equipe incluem os fatores cognitivos, de desempenho, comportamento, comunicação, fatores emocionais e sociais. Os fatores relacionados aos pacientes englobam as características ou estado do paciente que estão além do controle da equipe de assistência, seja enfermagem e/ou multiprofissional que influenciam o tratamento. Em relação aos fatores do trabalho e ambiente estão inclusos a infraestrutura, o ambiente físico, as distâncias percorridas na prestação da assistência, avaliação de segurança, especificações e regulamentos. Entre os fatores organizacionais a CISC destaca: os protocolos, procedimentos e processos, as decisões organizacionais/cultura, a organização das equipes e os recursos/carga de trabalho. Para os fatores externos estão incluídos o ambiente natural, produtos, tecnologia, serviços e sistemas (DGS, 2011).

Vários fatores do próprio processo de envelhecimento podem determinar progressiva perda da capacidade de adaptação do idoso ao ambiente físico, principalmente, em situações de mudança de local, em novos espaços físicos. Isso precisa ser levado em conta durante a internação hospitalar dos idosos. Pensar em espaços seguros, que promovam uma maior participação, pelo maior tempo possível para os idosos é um grande desafio. É necessário um olhar atento, pois segundo Vidigal e Cassiano (2008), o ambiente físico pode ser um facilitador ou uma barreira para o desempenho dos idosos.

A avaliação da segurança para a acessibilidade dos idosos em todos os ambientes (acessibilidade ambiental), especificamente aqueles que proporcionam atenção à saúde deles, é uma ferramenta que precisa ser incorporada como fator relevante para o cuidado de enfermagem.

3.3 QUEDAS EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda. No entanto, para os idosos, elas possuem um significado extremamente relevante, pois podem levá-los à incapacidade, injúria e morte. Segundo a OMS (2007, p. 9) queda é definida como sendo o “evento que inadvertidamente leva a pessoa a ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”.

A queda ainda pode ser definida como “deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil” (SARAIVA *et al.*, 2008, p. 29).

Entre os idosos que sofreram queda, dois terços terão nova queda no ano subsequente, uma das complicações mais frequente da queda é o medo de cair novamente, o que, muitas vezes, impede o idoso de deambular normalmente, deixando-o restrito ao leito ou à cadeira, aumentando a falta de condicionamento físico (MORAES, 2010).

Desse modo, a queda representa alterações psicossociais no desempenho das atividades básicas da vida diária dos idosos, pois o medo que os mesmos vivenciam após uma experiência de queda favorece a perda da autoconfiança e restringe o desempenho funcional, que, conseqüentemente, produzirá fraqueza muscular e acentuação da instabilidade postural, condicionando, portanto, o risco de outras quedas (JUSTO *et al.*, 2010).

O Centro Nacional de Prevenção e Controle de Lesões dos Estados Unidos da América (*National Center for Injury Prevention and Control – EUA*) aponta que em 2011, os serviços de emergência atenderam 2,4 milhões de acidentes por quedas em idosos e mais de 689 mil desses pacientes necessitaram de internamento hospitalar (NCIPC, 2011).

Estudo transversal realizado por Siqueira *et al.* (2011), com 6.616 idosos, de 23 estados brasileiros, apontou a prevalência de quedas de 27,6%. Dos entrevistados que relataram quedas durante os últimos 12 meses, 53,5% sofreram uma única queda, 21,2 % mencionaram duas quedas, 13,3% três quedas e 12% quatro ou mais quedas. Daqueles que relataram quedas, 11 % sofreram fraturas como resultado.

De acordo com dados de morbidade hospitalar por local de internação, emitido pelo departamento de processamento de dados do Serviço Nacional de Saúde do Brasil, no período de Agosto/2012 a Agosto/2013, 43.381 idosos (60 anos ou mais) foram internados com fratura do fêmur, por causas diversas e entre elas as quedas (BRASIL, SIH/SUS, 2013).

O internamento é necessário para o controle da situação clínica e, muitas vezes leva ao aparecimento de déficit adicional. Os aspectos do envelhecimento interagem com aqueles que estão associados ao cuidado hospitalar, culminando com acontecimentos que se traduzem em possível incapacidade e dependência dos

idosos (RODRIGUES, 2012). Sales *et al.* (2011, p. 239) ressaltam que “a hospitalização por si só pode levar a uma sequência de eventos que culmina em declínio funcional, caracterizado por piora cognitiva, imobilidade, incontinência, desnutrição e/ou depressão”.

O processo de hospitalização tende a reforçar os sentimentos negativos da pessoa idosa e a impulsiona a adotar uma postura passiva e regressiva, o que de forma não intencional, pode ser acentuado se os profissionais reforçarem a ideia da incompetência, limitando ações que o idoso possa realizar sozinho (CARVALHAIS; SOUSA, 2011).

A frequência de quedas no local de pertencimento familiar do idoso é preocupante, mas é ainda muito mais quando elas ocorrem em ambiente hospitalar. O idoso internado já se encontra fragilizado pela doença e hospitalização, e o evento de queda vem acrescentar mais fragilidade e conseqüentemente problemas de saúde, que muitas vezes se somam aos já existentes. Segundo Abreu *et al.* (2012, p. 3), as alterações das condições físicas das pessoas internadas, associadas ou não à doença que motivou esse internamento, “colocam-nas numa situação de maior fragilidade, com frequente comprometimento do seu funcionamento físico e psicológico”.

O ambiente hospitalar é um mundo diferente que pode acarretar experiências estressantes e dessa forma influenciar, mesmo que momentaneamente, a visão do idoso sobre seu processo de envelhecer, uma vez que o adoecimento humano por si só constitui um acontecimento que gera ansiedade e insegurança, que podem gerar alterações comportamentais significativas (KUZNIER; LENARDT, 2011).

Para Sales *et al.* (2010) a hospitalização por doença aguda “é um fator de risco importante para a perda funcional em idosos devido a restrição ao leito que traz perda de massa óssea e muscular podendo levar à perda da capacidade de deambulação, além de aumentar o risco de quedas e fraturas”.

As quedas são categorizadas segundo Buksman *et al.* (2008), em fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais (Figura 3). Os fatores intrínsecos englobam alterações fisiopatológicas (ex: diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares, proprioceptivos e musculoesqueléticos, disfunções da marcha, sedentarismo); doenças (ex: cardiovasculares, neurológicas, osteoarticulares, genitourinárias); e conseqüências do uso de fármacos (como a diminuição das funções motoras, fraqueza, tonturas, hipotensão, confusão e sonolência) idade e

história prévia de quedas (ALMEIDA *et al.*, 2012; SARAIVA *et al.*; 2008; BUKSMAN *et al.*, 2008).

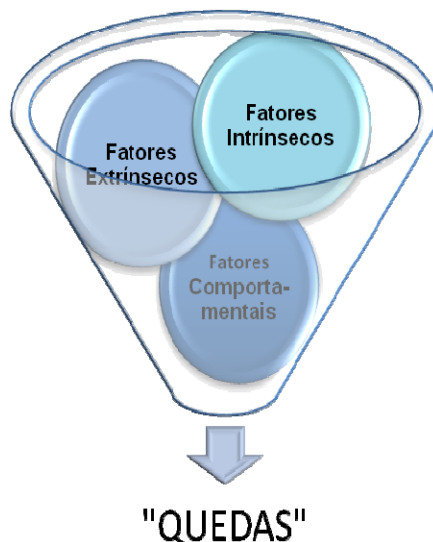


FIGURA 3 - CATEGORIZAÇÃO DOS FATORES QUE COMUMENTE LEVAM ÀS QUEDAS
FONTE: ADAPTADO DE BUKSMAN *et al.* (2008)

Os fatores extrínsecos estão relacionados aos ambientais e reúnem uma série de características inadequadas dos espaços, mobiliário e iluminação, existência de obstáculos no meio envolvente, ausência ou inadequação de ajudas técnicas (ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas) vestuário e calçados inadequado (ALMEIDA *et al.*, 2012; SARAIVA *et al.*, 2008; BUKSMAN *et al.*, 2008).

Alguns comportamentos de risco por parte dos idosos, também podem contribuir para a ocorrência de quedas, como subir em escadas ou banquetas para alcançar objetos no alto ou limpar algum armário, levantar bruscamente ou sentar em poltronas sem apoios adequados ou ainda ir ao banheiro no período noturno sem acender as luzes. Segundo Messias e Neves (2009 p. 280) “atitudes de risco por parte dos idosos que nunca caíram e que têm bom estado funcional parecem ser tão importantes quanto a presença ou a exposição ao risco ambiental”. Observar o uso de sapatos confortáveis e antiderrapantes, atenção específica ao utilizar transportes coletivos e andar em calçadas e terrenos acidentados são fatores protetores para ocorrência de quedas.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) enfatiza o fator comportamental ligado ao grau de exposição ao risco “aparentemente, as pessoas mais inativas e as mais ativas são as que têm maior risco de cair, possivelmente pela fragilidade das primeiras e pelo grau de exposição ao risco das demais” (SBGG 2008, p. 6).

Estudo transversal realizado com 4.003 idosos residentes em comunidades de 07 estados brasileiros apontou um índice de quedas de 34,8%, com prevalência de quedas de 26,5% nos homens e 40,1% nas mulheres. Entre os que sofreram quedas, 12,1% tiveram fratura como consequência. A prevalência de quedas teve associação positiva com idade avançada, sedentarismo, autopercepção de saúde (ruim) e maior número de medicações referidas para uso contínuo (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

Outro estudo realizado em nove setores de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA entre dezembro de 2009 e março de 2010, constatou 58 eventos de quedas específicas do leito. Os resultados demonstraram que a maioria das quedas ocorreu em pacientes idosos (57%), masculinos (50,9%), no período noturno (56,60%) e no setor de internação clínica (58%). A pesquisa revelou que durante a hospitalização o idoso do sexo masculino está mais propenso a quedas, e os autores atribuem à resistência do paciente idoso (masculino) em solicitar auxílio da equipe de enfermagem, seja por vergonha ou questões culturais como independência masculina (COSTA, 2011).

São várias as abordagens existentes para identificar fatores de risco para quedas. Alguns instrumentos já foram criados e validados para essa função de avaliação, como as escalas de Morse (MORSE *et al.*, 1989), Dawnton (DAWNTON, 1992) e Stratify (OLIVER *et al.*, 2004).

Para o idoso hospitalizado a avaliação para o risco de quedas é fundamental, já que a hospitalização decorre em ambiente estranho e por vezes hostil para o idoso, e que neste período vão se acumular no mesmo indivíduo os efeitos do envelhecimento normal e as consequências do repouso no leito e da hospitalização (ALMEIDA *et al.*, 2010; CREDITOR, 1993).

É comum observar-se no idoso internado predisposição à depressão, devido ao período de isolamento dos demais familiares ou do seu convívio social diário, falta de total autonomia na condução de suas ações, dificuldade de expressão ou de compreensão do tratamento, padronização de horários (medicação, higiene,

alimentação) entre outros. A permanência constante no leito induz a imobilidade e aumento gradativo da incapacidade funcional, podendo causar alterações comprometedoras na qualidade de vida deste idoso. Particularmente, na paciente idosa é essencial identificar os fatores específicos de risco e presença de osteoporose. A própria cama hospitalar, alta e com grades (apesar da necessidade de segurança), contribui para diminuição da mobilidade e interação/socialização do idoso internado.

Brown *et al.* (2009) desenvolveram estudo de coorte observacional prospectivo com idosos internados e que possuíam capacidade funcional preservada. Após observação da monitorização com eletrodos por sete dias ou até a alta (o que ocorresse primeiro), o autor constatou que os idosos passaram em média 83% do tempo de internação hospitalar deitado na cama. A quantidade média de tempo que um indivíduo ficou em pé ou andou variou de 0,2% até 21%, e apresentou uma média de 3%, ou 43 minutos por dia, apesar da capacidade de deambular de forma independente.

Creditor (1993) já afirmava que a internação e repouso sobrepõem a fatores como a imobilização forçada, redução do volume de plasma, perda óssea acelerada e privação sensorial. O repouso no leito durante a internação normalmente extrapola o mesmo período de repouso do idoso em sua residência. O tempo de permanência na posição horizontal pode trazer alterações como tonturas ou queda de pressão no momento em que o idoso se levanta para ir ao banheiro, realizar exames ou mesmo se alimentar, tornando-se um risco para ocorrência de queda.

Como ilustrado na Figura 3, as consequências das interações individuais entre os efeitos do envelhecimento normal e a hospitalização provocam por sua vez uma interação em cadeia, produzindo camadas adicionais de deficiência. Esses déficits predispoem o paciente a riscos adversos como: perda de massa muscular, capacidade aeróbica, instabilidade vasomotora e respiratória e incontinência urinária, conduzindo o idoso a um processo de dependência irreversível (CREDITOR, 1993).

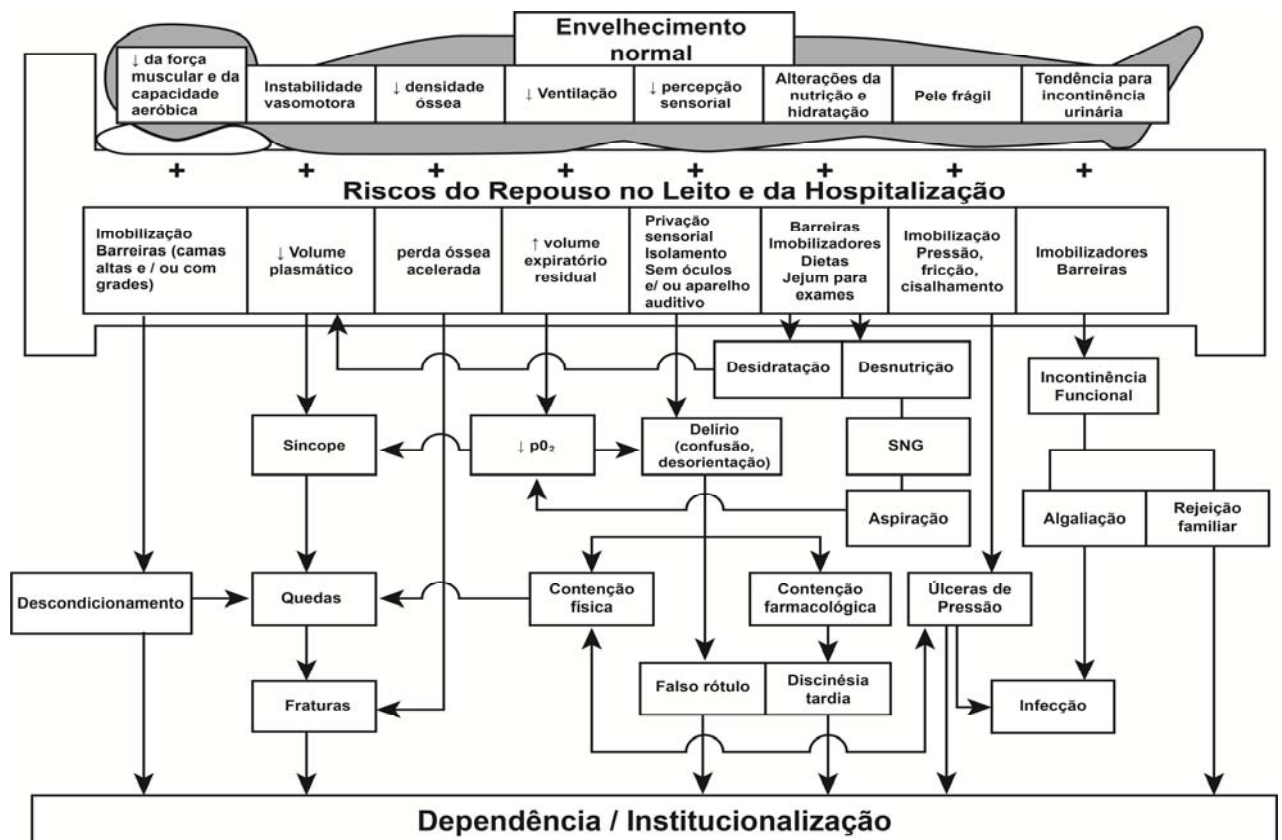


FIGURA 3 - CASCATA DA DEPENDÊNCIA
 FONTE: CREDITOR (1993)

Os efeitos da restrição ao leito na musculatura e na massa óssea do idoso durante a internação são devastadores e podem levar à perda da capacidade de deambulação, além de aumentar o risco de fraturas.

A manutenção do equilíbrio corporal em posição bípede representa capacidade fundamental para a manutenção da estabilidade postural. O equilíbrio corporal é mantido pela integração entre informações sensoriais captadas pela visão, sistema vestibular e próprio receptor (MORAES *et al.*, 2010).

O uso de óculos e aparelho auditivo, frequentemente, negligenciado ou esquecido, durante o internamento também podem contribuir como fator predisponente à queda em idosos.

O Ministério da Saúde apresenta uma síntese dos dados clínicos e diagnósticos prováveis mais comumente associados às quedas, representado a seguir no Quadro 1.

Dados Clínicos	Diagnóstico Provável
Pernas falsearam	Sugere distúrbio do sistema musculoesquelético como fraqueza muscular e instabilidade articular.
Perda de equilíbrio no sentido posterior	Sugere distúrbio no processamento central e uma alteração nos limites da estabilidade por problemas posturais e do sistema vestibular.
Perda de equilíbrio no plano lateral	Sugere distúrbio na seleção de estratégias motoras e pistas sensoriais adequadas, assim como fraqueza dos músculos estabilizadores do quadril.
Incapacidade de iniciar um movimento corretivo em tempo, apesar da percepção da perda de equilíbrio.	Sugere distúrbio no processamento central principalmente em doenças como Parkinson ou sequela de AVE.
Perda de equilíbrio em transferências posturais	Sugere distúrbio no controle motor e doenças cardiocirculatórias (hipotensão postural).
Perda de equilíbrio durante a marcha	Sugere distúrbio nos mecanismos antecipatórios do equilíbrio e doenças /agravos como demência, incontinência, DM ou osteoartrite e, ainda, uso inadequado de medicações.

QUADRO 1 - DADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS DE CAUSAS QUE PODEM LEVAR ÀS QUEDAS

FONTE: BRASIL. MS. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA (2007)

Para Machado (2009, p. 78), a partir da identificação da clientela sujeita aos riscos para quedas, “a enfermeira deve programar ações visando à diminuição ou mesmo supressão da ocorrência do fenômeno”. Sendo a instabilidade postural um dos fatores que leva o idoso à queda, é fundamental conhecer as condições que a predispueram, como ocorreram, quais os sinais e sintomas que a antecederam, a existência de comorbidades, se o idoso conseguiu se levantar sozinho e se houve fraturas (MORAES *et al.*, 2010).

O ambiente físico, com suas estruturas, disposição do mobiliário, formas de utilização e material empregado, tem um papel significativo na ocorrência de quedas em idosos, respondendo por cerca de 30% a 50% desses eventos (Rubenstein, 2006). Geralmente problemas com ambiente são causados por eventos ocasionais e devem ser consideradas situações em que há falta de segurança ou inadequações estruturais que propiciem escorregar, tropeçar, pisar em falso ou perder o equilíbrio (OMS, 2007).

Entretanto, sendo a queda um evento multifatorial de grande complexidade, associada a um ambiente e contexto de cuidados em constante mudança, suscita a necessidade de uma investigação e formação contínua sobre os principais fatores de risco, incidências, consequências e medidas preventivas específicas (ALMEIDA *et al.*, 2010).

3.4 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS

De acordo com a OMS (2007, p. 68), as estratégias de prevenção das quedas, devem ser abrangentes e multifacetadas e enfatizar a educação, formação, criação de ambientes mais seguros, dando prioridade à investigação relacionada com a queda e a definição de políticas eficazes para reduzir o risco.

Segundo kuznier e Lenardt (2011, p. 72), frente ao número crescente de idosos que se encontram em processo de hospitalização, cabe aos profissionais de enfermagem “aprender a lidar com esta população, na medida em que a situação de internação pode, em muitas ocasiões, exercer influências negativas sobre a percepção do processo de envelhecimento pelo paciente idoso”.

O enfermeiro que possui competências específicas no cuidado do idoso, aponta para as necessidades físicas e subjetivas representadas pelo conforto físico e emocional (MENDES, 2008). O cuidar é um processo dinâmico que depende da interação e das ações planejadas a partir da compreensão e do respeito à realidade do paciente, de sua família e de seu meio. Tal concepção da enfermagem gerontogeriatrica pressupõe a integralização das multidimensões do viver da pessoa idosa para a promoção do viver mais saudável possível e exaltação da vida enquanto se vivencia o envelhecer, lançando mão de recursos disponíveis e capacidades presentes (GONÇALVES, 2010).

Para Moraes *et al.* (2010, p 58) “o envelhecimento por si só não é causa de quedas, apesar das alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento favorecer o seu aparecimento”. A responsabilização pelas quedas nos idosos decorre, especialmente, da falta de condições clínicas ou de ambiente inseguro.

É sabido que o risco para quedas aumenta proporcionalmente com o número de fatores de risco, por ser um evento que dificilmente é resultado de um fator isolado. Daí a importância da enfermagem agir preventivamente em relação às quedas em idosos e procurando atuar sobre todos os fatores (MACHADO, 2009).

A portaria nº 2.095 de 24 de Setembro de 2013 aprovou os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente e entre esses o “Protocolo de Prevenção de Quedas”. A finalidade desses é “reduzir a ocorrência de queda dos pacientes nos pontos de assistência”, em específico aos pacientes hospitalizados “abrangendo o período total de permanência do paciente” (BRASIL, MS-PPQ, 2013, p.1). Segundo

o protocolo “todos os pacientes internados devem ter o seu risco de queda avaliado”, o resultado da avaliação deve ser registrado em prontuário e medidas preventivas adequadas a cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

Visualiza-se no Quadro 2 as medidas específicas que devem ser utilizadas para a prevenção de queda conforme o fator de risco apresentado pelo paciente hospitalizado.

Fator de Risco	Medidas
Idade	Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão contempladas nos itens abaixo.
Histórico de Queda	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.
	Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.
Necessidades Fisiológicas e Higiene Pessoal	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico.
	Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro.
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Medicamentos	Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda.
	Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente).
	Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
Uso de Equipamentos/ Dispositivos	Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso.
	Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente.
	Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Cognitivo	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado.
	Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus, óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.
	Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias, entre outras)	Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.
	Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

QUADRO 2 – FATORES DE RISCO PARA QUEDA E MEDIDAS RELACIONADAS À ADULTOS HOSPITALIZADOS

FONTE: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - PPQ (2013)

A insciência das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar o estado de saúde da pessoa idosa - a iatrogenia, que representa todo o malefício causado pelos profissionais da área de saúde (MORAES *et al.*, 2010). Programas ou protocolos para prevenção de quedas poderiam ajudar a minimizar e, em alguns casos, evitar fatores de risco associados ao declínio funcional cognitivo durante a hospitalização. Por outro lado, é fundamental o controle de todas as alterações funcionais manifestadas pelos idosos em ambiente hospitalar e programar ações que o exercitem cognitivamente (RODRIGUES, 2012).

O “risco de queda” representa um diagnóstico de enfermagem, sendo sua definição “risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”, tornando-se uma situação que demanda intervenções de enfermagem (NANDA, 2012 - 2014). Para Machado (2009), avaliar a susceptibilidade para a ocorrência de queda nos idosos é uma opção viável e adequada por se acreditar que os diagnósticos representam o foco do cuidado de enfermagem. Os profissionais de saúde necessitam estar capacitados para orientar os idosos a adotar atitudes que previnam as situações de quedas intra-hospitalares. O enfermeiro como membro da equipe de saúde desenvolve, aprimora e socializa cuidados clínicos e estratégias para melhor atendimento aos idosos. Conforme protocolo de prevenção de quedas da Instituição todos os pacientes devem ser avaliados quanto ao risco de quedas nas primeiras 24 horas de internação (ANEXO 5).

Os riscos de quedas intrínsecos ao paciente devem ser avaliados e tratados de modo preventivo e do mesmo modo os riscos extrínsecos relacionados ao ambiente, foco do presente estudo. Para tanto, é preciso um cuidado atento para identificar os possíveis elementos que possam intervir na mobilidade e independência dos idosos durante o período de internação hospitalar. Entende-se esse cuidado atento como um cuidado digno, em que Borghi (2007) afirma ser um direito em qualquer idade e muito mais na velhice, e é determinante para a preservação da saúde e da independência física e cognitiva desse segmento etário.

3.4.1 A Enfermagem e os Fatores Extrínsecos Relacionados à Prevenção do Risco de Queda

A avaliação do ambiente no qual o idoso está inserido é essencial para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem na prevenção de quedas. O ambiente deve proporcionar segurança, funcionalidade, conforto e ser compensador das limitações impostas pelo processo de envelhecimento. Ao ressaltar o ambiente seguro trabalha-se concomitantemente com a ambiência (FREITAS *et al.*, 2011).

A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC-ANVISA) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde trazem uma visão generalizada do espaço físico, não atentando para as especificidades da pessoa idosa.

A Lei da Acessibilidade (BRASIL, 2000) contempla questões direcionadas à população idosa, ao preconizar que as estrutura públicas e particulares adaptem e/ou programem ações a fim de proporcionar melhor atendimento e segurança ao idoso com ou sem limitações físicas, indicando ações mais direcionadas ao idoso, contudo, não evidencia o contexto hospitalar.

Como alternativa para avaliação do ambiente hospitalar, no presente estudo optou-se pela adaptação da normativa NBR-9050/2004 da ABNT, (ABNT, 2004), a qual define acessibilidade como condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos, das edificações, dos serviços e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação. Por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Quando se trata de acessibilidade, muitas vezes, associa-se às pessoas com deficiência, porém o mais importante a ser considerado são as características do usuário que necessita acessar o ambiente em questão. Dentre esses usuários, encontram-se pessoas que possuem limitações na mobilidade, decorrentes de alguma alteração em sua estrutura física, sensorial, orgânica ou mental, tanto de caráter definitivo quanto temporário, como idosos, grávidas, pessoas com muletas ou com um carrinho de bebê (ABNT, 2004). A equipe de saúde, também precisa conhecer os princípios da acessibilidade para preservar aqueles já incorporados à

arquitetura hospitalar e solicitar orientação adequada quando identificar barreiras no ambiente (PAGLIUCA *et al.*, 2007).

A avaliação ambiental consiste na observação direta ou indireta das áreas de locomoção, iluminação, quarto de dormir, sanitários, escadas, enfim todos os lugares de circulação do idoso (MORAES e MEGALE, 2008). Para que os espaços sejam acessíveis e seguros, devem-se considerar os quatro componentes da acessibilidade: orientação/informação, deslocamento, uso e comunicação, identificados por Dischinger e Bins Ely (2006), discriminados no Quadro 3.

ACESSIBILIDADE ESPACIAL PARA IDOSOS	
Orientação e Informação	Estão relacionadas com a compreensão dos ambientes, permitindo que um indivíduo possa situar-se e deslocar-se a partir das informações dadas pelo ambiente, sejam elas visuais, sonoras, arquitetônicas, entre outras. O uso de cores diferentes e com contraste devem ser utilizadas em áreas para idosos. Em áreas de circulação, os pisos com desníveis e bordas devem ser diferenciados por cores e texturas (LIMA, 2004). Paredes e pisos não devem ter cores semelhantes, pois idosos com baixa visão tem dificuldade em perceber os limites da circulação.
Deslocamento	Corresponde às condições de movimento e fluxo que devem ser garantidas pelas características das áreas de circulações, tanto no sentido vertical como no horizontal. A presença de corrimãos e patamares em escadas e rampas. O cuidado com os tipos de pisos a serem implantados é importante, devem ser antiderrapante, regular e antirreflexo, para evitar quedas e ofuscamento, respectivamente.
Uso	Está relacionado com a participação em atividades e utilização dos equipamentos, mobiliários e objetos dos ambientes, é garantido a partir de características ergonômicas adequadas aos usuários e de uma configuração espacial que permita ao usuário sua aproximação e presença.,
Comunicação	Corresponde à facilidade de interação entre os usuários com o ambiente, e pode ser garantido a partir de configurações espaciais de mobiliários ou de tecnologias assistivas. Em relação aos mobiliários, o cuidado deve ser com as alturas de alcance, elevadores com sensores e avisos sonoros, entre outros.

QUADRO 3 - COMPONENTES DA ACESSIBILIDADE ESPACIAL PARA IDOSOS
FONTE: ADAPTADO DE DISCHINGER; BINS ELY (2006)

As áreas de atendimento dos serviços de saúde precisam oferecer os espaços adaptados às necessidades dos idosos. Quedas decorrentes de fatores ambientais são frequentes na velhice. Isso pode ocorrer mesmo em percursos com rotas bem conhecidas, como consequência de design inadequado dos edifícios e pouca atenção aos fatores de segurança. Os principais fatores problemáticos são obstáculos sem sinalização clara, superfícies escorregadias, iluminação inadequada e distâncias longas entre áreas de espera e sanitários (OMS, 2007).

Os fatores extrínsecos relacionados ao ambiente são amplos e variáveis, os estudos realizados por Perracini e Ramos (2002), Todd e Skelton (2004), Jahana e Diogo (2007), Buksman *et al.* (2008), Messias e Neve (2009) e Piovesan *et al.* (2011), relaciona-os ao local de moradia dos idosos na comunidade. Nos estudos citados, percebe-se que o ambiente intra-hospitalar ainda é pouco explorado e as análises disponíveis na literatura brasileira são escassas.

A literatura internacional destaca que cuidados preventivos de enfermagem, no ambiente hospitalar, relacionados às quedas são imprescindíveis. Kulic *et al.*, (2011, p. 7) ressalta que para ajudar a garantir a segurança do paciente e um ambiente hospitalar, a “enfermeira necessita direcionar uma visão de 360 graus do quarto do paciente cada vez que entrar e sair”.

Segundo a autora *op cit.*, devem-se eliminar os riscos ambientais, como: excesso de conversas ou barulho; iluminação inadequada e problemas de revestimento (tais como umidade ou superfícies irregulares); manter a cama em uma posição baixa com rodas travadas e grades laterais abaixadas (ou conforme política por unidade). Quando as grades laterais estão fechadas, as quedas podem ser mais prováveis, já que alguns pacientes tentam passar por cima delas para sair da cama. Manter a cama na altura certa, para minimizar o risco de quedas, 100% a 120% comprimento inferior da perna do paciente. Estudos realizados por Viana *et al.* (2011) e Abreu *et al.* (2012) identificaram o quarto como local de maior ocorrência de quedas intra-hospitalares, seguido pelo banheiro.

Direcionado ao uso dos sanitários destaca-se como riscos ambientais: presença de pisos escorregadios, falta de barras de apoio nos banheiros, desníveis do piso entre a área de circulação do banheiro e o box do chuveiro, assentos sanitários de altura inadequada (NBR 9050/2004). As medidas educativas e de orientação, também são necessárias, como: verificar se o paciente mantém objetos guardados em locais de difícil acesso e orientar a deixá-los acessíveis; utilizar calçados antiderrapantes e estimular a manutenção do uso das tecnologias assistivas nos pacientes que já fazem uso das mesmas e estimular a solicitar a presença da enfermagem sempre que necessário (AGQ, 2011).

Para orientar o idoso internado, o profissional de enfermagem, conhece as possibilidades de risco a que estão sujeitos os idosos no ambiente hospitalar, suas limitações temporárias ou definitivas e compartilha com eles as ações necessárias para prevenção das quedas. Essa avaliação requer um olhar individualizado em

relação ao idoso além de um diálogo profícuo, ou seja, de fácil compreensão e aceitação. Tratando-se de pessoa idosa o cuidado, precisa estar alicerçado na disposição do profissional para repetir a orientação ou sanar qualquer dúvida que o idoso venha a apresentar.

Segundo Hammerschmidt, Zagonel, e Lenardt (2007, p. 365), ao desenvolver o cuidado com o ser idoso, “não podemos responder às questões e às necessidades de cuidados como replicamos aos adultos, é essencial conhecer os conceitos, terminologias e teorias que sustentam a gerontologia”.

Para que o cuidado de enfermagem seja integral e qualificado segundo Mendes (2008, p. 64) “torna-se imprescindível que além das mudanças estruturais no ambiente hospitalar a enfermagem reconheça que os idosos são uma clientela diferenciada dos adultos e crianças, e que necessitam de atenção particular”, por meio desta visão os profissionais podem buscar meios para tornar a permanência hospitalar menos traumática e mais adaptável ao paciente, bem como auxiliar (em uma) na recuperação (mais) precoce.

Viana *et al.* (2011, p. 76), ressalta que “um ambiente bem adaptado, propicia ao paciente hospitalizado uma internação mais segura e evita que o sistema de saúde seja sobrecarregado com as demandas negativas destes episódios”.

O cuidado da equipe de enfermagem com o ambiente intra- hospitalar, constituiu o elo entre a segurança do paciente idoso, a prevenção de quedas e consequentemente qualidade na assistência.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo quantitativo com delineamento transversal. A pesquisa quantitativa segundo Richardson (1999, p. 70) caracteriza-se “pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, independente de sua complexidade”.

Estudos transversais têm como característica principal a observação de cada indivíduo em uma única oportunidade, é realizado com uma população pré-definida quanto ao local e época. A aplicação mais utilizada em um estudo transversal está relacionada à necessidade de conhecer de que forma uma ou mais características, tanto individuais como coletivas, se distribuem em uma determinada população (KLEIN; BLOCH, 2005).

Para Medronho (2005), a utilização de questionários com um conjunto variado de perguntas é o principal modo de aquisição de dados nesse tipo de estudo. É um excelente método para descrever características de uma população em uma determinada época, possibilitando medidas para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um Hospital de Ensino de grande porte na cidade de Curitiba, Paraná, referência na atenção à saúde de alta complexidade.

Os Hospitais de Ensino são instituições hospitalares públicas ou privadas que fazem parte da rede própria, contratada ou conveniada do Sistema Único de Saúde, certificadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação como instituições de atenção à saúde. Essas instituições constituem espaços importantes, na formação de estudantes de graduação e pós-graduação, bem como contribui para a pesquisa, desenvolvimento científico e avaliação tecnológica (BRASIL, 2004).

Este Hospital de Ensino é um órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná (UFPR), o maior hospital público do Paraná e terceiro hospital universitário federal do país, presta atendimento gratuito, abrangendo não somente a área de Curitiba, como também região metropolitana, demais municípios e outros Estados do Brasil.

A estrutura física desse hospital abrange 63 mil m², local em que circulam diariamente cerca de 11 mil pessoas e mensalmente, atende em média, 60.920 pacientes, com 1.464 internações e 837 cirurgias. No seu quadro de funcionários constam aproximadamente, 2.900 profissionais da área de saúde, entre médicos, equipe de enfermagem e demais áreas. Além desses, atuam no hospital cerca de 260 professores de medicina, 250 voluntários e 307 residentes multiprofissionais. É o único Hospital de Ensino, público federal, 100% SUS Acreditado no Brasil pela ONA, desde Agosto de 2011 (UFPR, 2011, p.16).

O local da pesquisa envolveu o setor de Clínica Médica que é uma das sete especialidades que compõe a Unidade Gerencial - UNICLIN, e o setor da Clínica de Cirurgia Geral da Unidade Gerencial - UCIR composta por mais quatro especialidades. O setor de Clínica Médica localiza-se em dois andares, em um deles funciona a internação feminina e no outro a masculina.

A Clínica Médica Feminina (CMF) está localizada no 11º andar do prédio central do Hospital de Ensino, possui 17 leitos e no período da pesquisa apenas 12 leitos se encontravam ativos, devido à insuficiência de recursos humanos e uma obra de reforma em duas enfermarias. Esses leitos estão divididos por especialidades da seguinte forma: 09 leitos para clínica médica, 01 para endocrinologia, 01 para gastroenterologia e 01 para reumatologia. A equipe de enfermagem responsável por toda a assistência de enfermagem dessa ala está composta no nível superior por 01 Enfermeira administrativa e 01 Enfermeira assistencial (manhã e tarde) no nível médio por 03 Técnicos de Enfermagem e 13 Auxiliares de Enfermagem, 08 na equipe diurna e 08 na equipe noturna. A escala mensal é complementada por funcionários que realizam horas extras e plantões hospitalares adicionais (APH). Na assistência direta ao paciente permanecem por plantão, quatro funcionários no período diurno e três funcionários no período noturno.

A Clínica Médica Masculina (CMM) está localizada no 10º andar do prédio central, possui 23 leitos, no período da pesquisa apenas 16 leitos se encontravam

ativos, devido à falta de recursos humanos. Conforme a especialidade os leitos estão subdivididos em 13 leitos para clínica médica, 01 para endocrinologia, 01 para gastroenterologia e 01 para reumatologia. A equipe de enfermagem responsável pela assistência de enfermagem está composta no nível superior por 01 Enfermeira administrativa e 02 Enfermeiros assistenciais (manhã e tarde). No nível médio por 01 Técnico de enfermagem e 14 auxiliares de enfermagem, 08 na equipe diurna e 07 na equipe noturna. A escala mensal é complementada por funcionários que realizam horas extras e plantões hospitalares adicionais (APH). Na assistência direta ao paciente, permanecem por plantão, quatro funcionários no período diurno e três funcionários no período noturno.

A Clínica de Cirurgia Geral localizada no 8º andar do prédio central possui 17 leitos ativos, que atendem as especialidades de gastroplastia (01 leito), coloproctologia e cirurgia geral (16 leitos). A assistência de enfermagem é realizada por uma equipe de 03 Enfermeiros assistenciais (2 manhã, 1 Tarde) e 17 auxiliares de enfermagem. Na assistência direta ao paciente permanecem por plantão, quatro funcionários no período diurno e três funcionários no período noturno.

A estrutura física das unidades da CMM e Cirurgia Geral, que estão situadas do lado esquerdo do eixo central do hospital, seguem o mesmo padrão de disposição das enfermarias, a CMF está situada ao lado direito do eixo central, e possui uma pequena alteração na estrutura física, conforme visualizado nas plantas em anexo (ANEXO 2 e 3). Nas três unidades o posto de enfermagem permanece centralizado na ala de atendimento, e as enfermarias situadas nas extremidades estão a 13 metros do posto de enfermagem. As portas das enfermarias permanecem fechadas, entretanto possuem um retângulo amplo de vidro translúcido que permite a visualização do interior da enfermaria. As campainhas quando acionadas emitem sinal sonoro no painel que está no posto de enfermagem e sinal luminoso (vermelho) na parte superior da porta da enfermaria e no leito do paciente que solicita o atendimento.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

No presente estudo a amostra foi composta por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, que passaram pelos procedimentos de internação no Hospital de Ensino – local desta pesquisa, com destino às unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. Os idosos foram identificados por meio de consulta no sistema de informática de internação do hospital (SIH), à medida que internavam nas referidas unidades. Após serem relacionados em uma lista-controle com nome, registro, idade data e local de internação eram abordados aleatoriamente, e convidados a participar da entrevista.

A amostra foi constituída no período amostral de quatro meses, compreendendo abril a julho de 2013, mediante critérios de inclusão e exclusão. O recrutamento dos idosos, de ambos os sexos, foi realizado por conveniência, sendo convidados a participar do estudo os idosos internados nas unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica.

Foram critérios de inclusão do idoso:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).
- Estar internado na Clínica Médica ou Cirúrgica.

Apresentar capacidade cognitiva, ou seja, ser capaz de participar do estudo, identificado por meio dos pontos de corte do Miniexame do Estado Mental (ANEXO 1). O MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação total varia de zero a 30. Para o *screening* cognitivo utilizou-se os pontos de corte propostos por Bertolucci *et al.* (1994), de 13 pontos para idosos analfabetos, 18 pontos para aqueles com escolaridade baixa e média e 26 pontos para escolaridade alta (BRUCKI *et al.*, 2003; FOLSTEIN *et al.*, 1975).

- Quando o idoso apresentou declínio cognitivo abaixo dos pontos de corte, porém possuía familiar ou acompanhante, esse foi convidado a participar da pesquisa e obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser parente e/ou cuidador familiar e residir ou atender o idoso há pelo menos três meses.

Foram critérios de exclusão do idoso: apresentar dificuldades significativas de comunicação, expressar o desejo de interromper a pesquisa e reinternação nas unidades referidas, dentro do período da pesquisa. Os critérios de exclusão do acompanhante/familiar do idoso foram: apresentar dificuldades significativas de comunicação ou outras incapacidades que impossibilitem a realização da entrevista estruturada e expressar o desejo de encerrar sua participação no estudo.

No período amostral de coleta de dados, internaram nas unidades 228 pacientes idosos, 40 permaneceram apenas 24 horas internados e não houve tempo hábil para a entrevista. Foram abordados 188 idosos e desses 09 não preencheram os critérios de inclusão, 10 não atingiram os pontos de corte do MEEM e não possuíam acompanhantes para coleta de informações, 15 referiram não estar em boas condições físicas para realizar a entrevista (a maioria dependente de oxigênio - O₂), 24 foram reinternações e 03 não aceitaram participar da pesquisa. A amostra final foi constituída por 127 idosos de 60 anos ou mais.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu durante o período de internação em duas etapas simultâneas, junto aos idosos e no ambiente físico das unidades.

4.4.1 Junto aos Idosos

Nas unidades de internação, por meio de entrevista com questões semiestruturadas referentes à identificação, características sociodemográficas e clínicas, a ocorrência de quedas e questões de segurança do ambiente (APÊNDICE 2).

Inicialmente aplicou-se aos idosos o teste do Miniexame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO1) com intuito de rastrear alteração cognitiva dos idosos.

No Quadro 4 apontam-se as variáveis de interesse do estudo que compõem o perfil sociodemográfico, clínico e de segurança do ambiente.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	Variáveis: idade, gênero, residência atual, estado civil, escolaridade, presença de acompanhante e período de acompanhamento.
PERFIL CLÍNICO	Variáveis: uso de medicamentos, déficit sensorial autorreferido, uso de tecnologia assistiva, atividades físicas, histórico de quedas, hospitalização recente, riscos e orientações para prevenção de queda intra-hospitalar, fisioterapia durante internamento.
SEGURANÇA DO AMBIENTE	Varáveis: presença de grades nos leitos, trava nos móveis deslizantes, campainha, luz auxiliar, acesso ao banheiro, uso de calçado antiderrapante organização do ambiente ao redor do leito.

QUADRO 4 - VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO QUE COMPÕEM O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DE SEGURANÇA DO AMBIENTE
FONTE: A AUTORA (2013)

4.4.2 Ambiente Físico

Na avaliação da estrutura física do setor de internação utilizou-se um checklist estruturado segundo a NBR 9050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2004) que envolveu: 1) Circulação interna; 2) Sanitários e 3) Circulação vertical (APÊNDICE 3). Para subsidiar os registros do ambiente físico, foi utilizada uma máquina fotográfica digital modelo Sansung PL120.

Realizou-se um estudo piloto para verificar a adequação do conteúdo da entrevista com três idosos e a avaliação do instrumento de *checklist* foi realizada em uma das unidades de internação. As adaptações e correções necessárias foram realizadas antes do início da etapa de coleta de dados da presente pesquisa.

4.5 TRATAMENTO DOS DADOS E MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Os dados foram codificados e organizados no programa computacional Excel 2007. Para análise estatística utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS v.20.0. digitados e submetidos à dupla conferência para garantir a confiabilidade dos resultados. Variáveis quantitativas foram descritas pelas estatísticas de média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Para o tratamento dos dados socioeconômicos e clínicos utilizou-se frequência absoluta e

relativa, quando as variáveis eram qualitativas. Os testes estatísticos utilizados para a associação entre a ocorrência de quedas e as variáveis do perfil clínico e variáveis de segurança dos idosos foram o teste t de Student e Fisher. Para comparação das variáveis quantitativas foi considerado o teste t de Student para amostras independentes. Para avaliação de associação entre variáveis qualitativas dicotômicas foi considerado o teste exato de Fisher. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Os resultados obtidos estão apresentados sob a forma de tabelas, gráficos, quadros e na linguagem descritiva.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, segundo Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), que rege pesquisa em seres humanos e vigente na data da realização desta pesquisa.

A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição, aprovada em reunião do dia 26 de março de 2013, pelo parecer nº 231500 sob o registro CAAE 14066113.2.0000.0096 (ANEXO 5). A coleta de dados nas unidades de internação hospitalar foi autorizada pelas Unidades Gerenciais e Direção de Enfermagem.

O convite à participação neste estudo foi efetivado subsequentemente às explicações sobre os objetivos e procedimentos, incluindo os benefícios e os cuidados para a redução de potenciais desconfortos. Os participantes também receberam orientações sobre o sigilo das informações, anonimato para garantir a preservação da identidade (identificados na pesquisa por meio de letras e números). Enfatizou-se que a participação era voluntária e que a recusa ou a desistência como participantes da pesquisa não necessitaria de justificativas, não interferindo nos seus direitos como paciente durante o atendimento, assistência e tratamento na instituição. A coleta de dados para a pesquisa foi precedida da leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE1), pelo participante.

Os dados e as informações coletadas para esta pesquisa estão mantidos em arquivos eletrônicos e impressos, na sede do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos – GMPI, do qual a mestranda é membro. O acesso a esse material é exclusivo da mestranda, orientadora e coorientadora dessa dissertação.

A solicitação para os registros fotográficos foi aprovada pelo setor de *Marketing* e pela Assessoria de Gestão da Qualidade da instituição, em que foi realizada a presente pesquisa (ANEXO 4).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste título e subtítulos, são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa. Inicialmente são expostos os dados referentes ao perfil socioeconômico dos idosos internados, os quais foram discutidos junto à literatura vigente. Na sequência e do mesmo modo, foi evidenciado o perfil clínico dos idosos internados, a ocorrência do evento quedas, itens de segurança e acessibilidade relacionados, diretamente, ao paciente e área física da instituição e o risco para quedas.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS.

Apresentam-se na Tabela 1, as características sociodemográficas dos idosos hospitalizados participantes da pesquisa, incluindo a presença e permanência de um acompanhante durante o período da hospitalização.

TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS PARTICIPANTES DA PESQUISA. CURITIBA, 2013

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA N	PERCENTIL %
Faixa Etária		
60 a 69	65	51,2
70 a 79	45	35,4
>80	17	13,4
Gênero		
Masculino	74	58,3
Feminino	53	42,7
Unidade de Internação		
Clínica Médica	76	59,8
Clínica Cirúrgica	51	40,1
Estado Civil		
Casado	77	60,6
Viúvos	35	27,6
Divorciado/Separado	10	7,9
Nunca casou	5	3,9
Escolaridade		
Analfabeto	23	18,1
1ª a 4ª série (Primário)	69	54,3
5ª a 8ª série (Ginásio)	19	15
2º grau	7	5,5
Superior	9	7,1

Continua

Conclusão.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA N	PERCENTIL %
Procedência Regional		
Curitiba	67	53
Região Metropolitana	44	35
Outros	16	12
Acompanhantes durante a hospitalização		
Sim	75	59,8
Não	52	40,2
TOTAL	127	100
Permanência do Acompanhante		
Somente durante o dia	19	15
Somente à noite	4	3,1
Durante as 24 horas	52	41,7
Total de acompanhantes	75	

FONTE: A AUTORA (2013)

Do total de 127 participantes do estudo 40,1% (n=51) estavam internados na Clínica de Cirurgia Geral e 59,8% (n=76) na Clínica Médica, essa diferença era esperada já que a Clínica Médica possui, no momento, 10 leitos a mais em atividade. A Clínica de Cirurgia Geral apresentou menor tempo de permanência na internação, gerando maior rotatividade nas vagas disponíveis, em contra partida também apresentou maior índice de reinternamento (Tabela 1).

Verifica-se na Tabela 1, que houve predomínio do sexo masculino (58,3%), o que difere de estudos apresentados por Paula (2010) Rabelo *et al.* (2010) e Alves (2011) sobre perfil de idosos internados em hospitais públicos, os quais apontam que a maior incidência de internação é do gênero feminino.

A média de idade dos idosos foi de 70,4 anos, mediana 69 apresentando o mínimo 60 e a máxima de 89, com a moda de 65 anos de idade e desvio padrão de $s = 7,5$ anos. Em relação às faixas etárias houve predomínio de 51,2% (n=65) entre 60 - 69 anos, considerados idosos jovens, 35,4% (n=45) entre 70 – 79 anos e 13,4% (n=17) com 80 anos ou mais analisados atualmente como idosos longevos (Tabela 1).

A maioria dos idosos é casado/morando junto, com 61% (n=77); seguidos de viúvos 21,6% (n=35); divorciados/ separados 8% (n=10) e 4% (n=5) que nunca casaram (Tabela 1). Referente à escolaridade 18% (n=23) deles são analfabetos, 54% (n=69) estudaram de dois a três anos, ou seja, 72% (n=92) analfabetos

funcionais, 15% (n=19) concluíram o ensino fundamental (ginásio); 6% (n=7) concluíram o ensino médio (2º grau) e 7% (n=9) possuíam ensino superior. Dos nove idosos que concluíram o ensino superior, sete são do gênero masculino e dois feminino (Tabela 1). A baixa escolaridade das mulheres evidencia a justificativa de menor oportunidade de acesso à educação. Barsted e Pitanguy (2011) desenvolveram estudo sobre “O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010”, e apontam a melhoria dos indicadores educacionais e taxa de analfabetismo inferior para as mulheres, com exceção do grupo etário de 60 anos e mais, padrão que persiste, nos diferentes segmentos de cor/raça com pequenas exceções. Ainda, os resultados mostram a convivência da mulher com intensas desigualdades étnico-raciais, regionais e socioeconômicas, nas diferentes etapas da vida.

Segundo dados do IBGE, referente às pessoas de 25 anos ou mais de idade, no País, de 2000 para 2010, o percentual de pessoas sem instrução ou com o fundamental incompleto em área urbana caiu de 58,8% para 44,2% e, em área rural, de 90,3% para 79,6% (IBGE 2010, p. 78). Estes dados apresentam elevada diferença quando analisados em relação à população idosa.

O estudo realizado por Rabelo *et al.* (2010), com 276 idosos internados em um hospital Universitário de Minas Gerais, revelou elevado índice de baixa escolaridade, sendo que 94,2% (n=260) dos idosos não haviam estudado ou concluído o ensino fundamental, e somente 0,7% (02) possuíam ensino superior. Taxas expressivas de analfabetismo alcançando 63,2% também foram encontradas em estudos de Paula (2010) em três hospitais de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Rio de Janeiro.

O resultado da amostra de Educação e Deslocamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que somente 13,4% da população idosa possuem ensino superior e a partir dos 60 anos o contingente feminino é inferior ao do masculino (IBGE, 2010, p. 63). O nível educacional dos pacientes é de extrema importância para todo o desenvolvimento das ações de saúde, sejam em relação ao uso de medicamentos, tecnologias assistivas e nos procedimentos invasivos (que são mais complexos). Alguns procedimentos e processos desenvolvidos pelos profissionais de saúde exigem certo nível de compreensão por parte dos idosos, principalmente quando se tratam de atividades relativas às orientações dos cuidados básicos na alimentação, atividade física, lazer e socialização.

Embora conste no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, capítulo V, Art. 21 que "O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados" (BRASIL, 2003), ainda é uma realidade bem distante da situação que se encontra no cotidiano dos idosos.

Visualiza-se na Tabela 1 a procedência regional dos idosos, 53% (n=67) da região de Curitiba, 35% (n=44) região metropolitana e 12% (n=16) vindos de outros Estados ou Municípios. A presença do acompanhante durante o internamento, direito adquirido por lei, foi observada em 59% (n=75), desses 25,3% (n=19) possuíam acompanhantes somente durante o período diurno, 5,3% durante a noite (n=4) e 41% (n=52) tinham a presença constante (24 h) de um familiar.

O Estatuto do Idoso assegura o direito à permanência de acompanhantes durante a internação (BRASIL, 2003). No entanto, os diversos modos de arranjos familiares (separação e novos casamentos, viúvos que moram sozinhos ou com filhos), e a necessidade nos dias atuais de possuir um emprego e/ou de estudar diminuem as possibilidades dos membros familiares estarem disponíveis para o acompanhamento do idoso.

Em pesquisa realizada por Rodrigues e Ciosak (2012), no pronto-socorro de dois hospitais da cidade de Curitiba-PR, os autores avaliaram os fatores de risco relacionados a trauma em 261 idosos. Verificou-se que os cuidadores estão presentes em 31,8%, com distribuição semelhante para ambos os sexos (33,8% para o sexo feminino e 29,2% para o masculino), sendo a presença mais frequente em indivíduos acima de 80 anos. Entre os idosos que têm a presença de um cuidador, 91,5% dos casos de trauma foram por queda e apenas 8,4% por outros eventos. Já entre aqueles que não têm cuidador, o percentual de trauma por queda foi de 68,5% e por outros eventos de 31,5%. Esses resultados sugerem que a presença do cuidador pode ser um fator protetor para a ocorrência de outros eventos, mas não com expressa significância para quedas.

Embora, o idoso internado possa estar em boas condições físicas e cognitivas, a presença do acompanhante também corrobora como fator protetor de isolamento social, e coadjuvante nas decisões importantes em relação às opções e necessidades de tratamento, e fortalecimento afetivo e dos laços familiares durante a internação.

5.2 PERFIL CLÍNICO DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS E A OCORRÊNCIA OU NÃO DO EVENTO QUEDAS

5.2.1 Uso de Medicação Contínua e a Ocorrência ou não do Evento Quedas.

Na Tabela 2, aponta-se o perfil dos idosos hospitalizados em relação aos medicamentos de uso contínuo.

TABELA 2 - PERFIL DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS EM RELAÇÃO AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO. CURITIBA-PR, 2013.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA n	PERCENTIL %
Medicamentos de uso Contínuo		
Sim	104	81,9
Não	23	18,1
Tipos de Medicamentos		
Hipotensores	77	60,6
Hipoglicemiantes	33	25,9
Diuréticos	29	22,8
Protetores Gástricos	12	9,4
Antilipêmicos	9	7,1
Hormônios Tiroideanos	8	6,3
Antiagregantes plaquetários	6	4,74
Antidepressivos	4	3,15
Outros	20	15,74
Polifarmácia		
Sim	57	44,8
Não	70	55,2
Doenças Crônicas de maior Prevalência		
Hipertensão	77	60,6
Diabetes <i>Mellitus</i>	33	25,9
Outras	20	15,74

FONTE: A AUTORA (2013)

Referente ao uso de medicações, 81,9% dos idosos (n=104) utilizavam medicações de uso contínuo. Verifica-se na Tabela 2, que 60,6% (n=77) referiram uso de hipotensores, 25,9% (n=33) hipoglicemiante, 22,8% (n=29) diuréticos e 44,8% (n=57) fazem uso de outros medicamentos, também de uso contínuo. Em relação à diversidade de medicamentos utilizados concomitantemente pelos idosos, 44,8% (57) utilizam mais de três medicamentos de uso contínuo. A presença da polifarmácia e a associação de medicamentos são comuns entre os idosos acompanhados por diferentes médicos especialistas. A informação inadequada sobre quais medicamentos o idoso está usando, pode levar a interações

medicamentosas e excesso de medicamentos, fatores estes que contribuem para ocorrência de eventos adversos.

Além dos medicamentos de uso contínuo, durante o internamento é comum o aumento do número de medicamentos administrados, conforme a indicação do motivo da hospitalização. O estudo realizado por Faustino, Martins e Jacob-Filho (2011), que investigou 1.800 prescrições dos pacientes idosos, atendidos no Serviço de Clínica Geral em hospital universitário de atenção terciária em São Paulo, concluiu que 37,6% dos idosos possuíam em suas prescrições algum medicamento potencialmente inadequado. Considerando ambos os sexos e todas as faixas etárias, a média de medicamentos prescritos foi 7,1 (desvio padrão: 3,5).

No presente estudo além dos hipotensores 60,6% (n=77), hipoglicemiantes 25,9% (n=33) e diuréticos 22,8% (n=29), os medicamentos mais utilizados pelos idosos foram os protetores gástricos (ex: omeprazol) 9,4%, antilipêmicos (ex: sinvastatinas) 7,1%, hormônios tireoideanos (ex: tiroxinas) 6,3%, antiagregantes plaquetários 4,72% e antidepressivos 3,15% (Tabela 2). Lourenço (2011, p. 100), ressalta que “atentar para a polifarmácia e a possibilidade de iatrogenias com perda ou declínio da capacidade funcional a que os idosos estão sujeitos constitui um cuidado importante durante todo o processo de hospitalização”.

Em pesquisa realizada por Fochat *et al.* (2012), com o objetivo de identificar o perfil de utilização de medicamentos por idosos institucionalizados, em 122 idosos constatarem 219 possíveis interações e 58 medicamentos potencialmente inadequados (7,8%). Essas constatações sinalizam algumas falhas na prescrição e evidenciam a necessidade da revisão dos esquemas terapêuticos, visando seu uso racional, seguro e efetivo.

Na Tabela 3 apresenta-se a associação entre o evento queda e o uso de medicamento contínuo.

TABELA 3 - ASSOCIAÇÃO ENTRE O EVENTO QUEDA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO E USO DE MEDICAMENTO CONTÍNUO. CURITIBA-PR, 2013

MEDICAMENTO CONTÍNUO: CONTRIBUTIV, 2019							
Tiveram queda durante a hospitalização	1 - Uso de medicamento contínuo						Valor de p*
	Não		Sim		Total Geral		
	n	%	n	%	n	%	
Não	22	95,7	96	92,3	118	92,9	1,000
Sim	1	4,3	8	7,7	09	7,1	
Total	23	100,0	104	100,0	127	100	

*Teste Exato de Fisher

FONTE: A AUTORA (2013)

Verifica-se na Tabela 3, que não houve significância estatística entre quedas e medicações de uso contínuo, no entanto os pesquisadores Pinto Costa *et al.* (2012, p. 451) afirmam que é necessário admitir a importância de “considerar o uso de medicamentos como fator de risco para quedas em idosos”, evidenciando a necessidade de ponderar os “riscos e benefícios”, do uso de medicamentos em idosos e de orientá-los e a seus familiares sobre a prevenção desses acidentes.

Observa-se na Tabela 2, que 104 (81,9%) dos idosos internados utilizam medicamentos de uso contínuo e consta-se que desses 08 (7,7%) sofreram quedas durante a internação. Apenas 01 dos 09 idosos que caíram não utilizava medicamento de uso contínuo (Tabela 3).

Estudos realizados por Macedo *et al.* (2008), Paiva *et al.* (2010), Ramos *et al.* (2011) e Rodrigues e Ciosak (2012), evidenciam que idosos em uso contínuo de alguma medicação apresentam maior probabilidade de queda. Medicações como anti-hipertensivos, antidepressivos, diuréticos, psicotrópicos, anti-inflamatórios não esteroides, analgésicos, digitálicos, tópica ocular e antiparkinsonianos, foram identificadas como as medicações que mais comumente podem levar ao aumento de risco de quedas.

O estudo de Costa-Dias *et al.* (2013), teve como objetivo explorar a associação e recorrência entre os fármacos e as quedas, em uma amostra constituída por 190 pacientes, no período de internamento. Os autores identificaram associação estatística entre ter quedas recorrentes e o maior uso de fármacos relacionados com o risco de queda. O estudo reforça a associação entre as quedas e alguns fármacos que devem ser considerados como potencializadores de quedas (ácido valpróico, levetiracetam, estazolam, haloperidol clozapina, trazodona, tramadol, furosemida, ramipril, metformina, glicazida). A atenção aos fármacos, que integram o plano medicamentoso do idoso, contribui para identificar o doente mais suscetível a recorrência de quedas quando internado no contexto hospitalar.

O uso de diuréticos, 3º medicamento de uso contínuo mais utilizado pelos participantes desta pesquisa, associado ao uso de hipotensores (1º) ou hipoglicemiantes (2º), podem desencadear frequência e urgência na eliminação urinária. Diante dessas ocorrências, o idoso tende a levantar várias vezes durante a noite, para ir ao banheiro expondo-se ao risco de quedas.

Estudo realizado por Bolina (2013, p. 256), com 2.142 idosos, em Uberaba-MG, investigou os fatores sociodemográficos e as morbidades autorreferidas

associadas à incontinência urinária. Os resultados revelaram que 11,8 % (n=243) autorreferiu incontinência urinária (UI) associada à hipertensão, diabetes *Mellitus*, obesidade e doença de Parkinson. O Ministério da Saúde (2007, p. 92), estima que entre as pessoas idosas, a prevalência de IU é de aproximadamente 10 a 15% entre os homens e de 20 a 35% entre as mulheres. Idosos, provindos de internação hospitalar recente, apresentam incontinência urinária de 25 a 30%.

Os diálogos interdisciplinares entre médicos, farmacêuticos e enfermagem, com o intuito de discutir a utilização dos fármacos e suas interações, podem contribuir, significativamente, para a prevenção do evento quedas em idosos hospitalizados.

Observa-se na Tabela 2, que as doenças crônicas relacionadas ao uso contínuo de medicamentos mais citada foi hipertensão 60,6% (n=77) e diabetes *Mellitus* 25,9% (n=33) e associada em 20,47% (26) dos idosos pesquisados neste estudo. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas por Menezes e Bachion (2008) que entrevistaram 95 idosos e autorreferiram a hipertensão arterial 27 (52,92%) e diabetes *Mellitus* 14 (27,44%). Da mesma forma, Lima e Campos (2011), em estudo desenvolvido com 108 participantes, com objetivo de identificar o perfil epidemiológico do idoso, vítima de trauma, atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital universitário, observaram hipertensão arterial em 54 (50%) e Diabetes *Mellitus* em 18 (14,8%) dos entrevistados. Segundo Costa *et al.* (2012) essas doenças caracterizam-se como crônico-degenerativas, portanto, de longa duração e com possibilidades de alterações agudas como a hiperglicemia ou hipoglicemia, que podem provocar quedas.

5.2.2. Autorrelato de Déficit Sensorial e Uso de Tecnologias Assistivas

Mostra-se na Tabela 4 o autorrelato dos idosos referentes ao déficit sensorial e o uso de tecnologia assistiva.

TABELA 4 – AUTORRELATO DOS IDOSOS REFERENTE AO DÉFICIT SENSORIAL E USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA. CURITIBA, 2013

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA n	PERCENTIL %
DEFICIT SENSORIAL		
Sim	94	74
Não	33	26
TIPO DE DEFICIT SENSORIAL		
Visual	90	70,8
Auditivo	29	22,8
Tátil	5	3,9
Outros	3	2,3
TECNOLOGIA ASSISTIVA		
Sim	111	87,4
Não	16	12,6
TECNOLOGIA ASSISTIVA UTILIZADA		
Óculos	84	66,1
Prótese Dentária	84	66,1
Aparelho Auditivo	4	3,1
Bengala	12	9,4
Cadeira de Rodas	6	4,7
Andador	4	3,1
Muletas	1	0,7
Outros	7	5,5

FONTE: A AUTORA (2013)

Os déficits sensoriais foram relatados por 74% (n=94) dos idosos, sendo que, 26% (n=33) afirmaram não ter nenhum tipo de déficit. Entre o autorrelato dos déficits destacou-se o visual com 70,8% (n=90), seguido do auditivo 22,8% (n=29), tátil 3,9 (n=5) e outros 2,3% (n=3). Referente ao uso de tecnologia assistiva 87,4% (n=111) relatou utilizar alguma tecnologia de apoio para as atividades diárias. O uso de óculos e prótese dentária (superior, inferior ou em ambas) foi descrito em 66,1% (n=84). Apesar de anteriormente verificar-se déficit auditivo em 22,8% (n=29) idosos, apenas 3,1% (n=4) fazem uso de aparelho auditivo (Tabela 4).

O estudo longitudinal realizado na Austrália por Lopez *et al.* (2011), cujo objetivo foi determinar a associação entre quedas e a deficiência visual e auditiva em 2.340 homens e 3.014 mulheres idosas, identificou um comprometimento visual maior no gênero feminino e o comprometimento auditivo no gênero masculino. A perda progressiva funcional dos sentidos é associada ao aumento do risco de

quedas, lesões causadas por quedas, mortalidade e diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde, porém, não houve diferença entre os gêneros para o risco de quedas. Evidências também foram encontradas em estudo desenvolvido por Rodrigues e Ciosak (2012), que constataram problemas visuais em idosos e os mesmos não faziam uso de óculos, assim como nos problemas auditivos. Os autores afirmam que estes problemas implicam em maior probabilidade de queda ($p=0,019$ e $p=0,034$, respectivamente). Segundo dados do Ministério da Saúde (2007) 90% das pessoas idosas, necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente e cerca de 1/3 referem algum grau de declínio, na acuidade auditiva.

Mesas *et al.* (2010), realizaram um estudo em Londrina - PR, envolvendo 267 idosos (160 mulheres e 107 homens), com a finalidade de examinar a associação entre déficit nutricional e problemas de saúde bucal. Os autores identificaram na avaliação nutricional, a presença de risco nutricional em 53 (19,8%) dos idosos e que 5 (1,8%) estavam desnutridos, resultando em um total de 58 (21,7%) dos participantes com déficit nutricional relacionados as condições de saúde bucal. Também foram associadas ao déficit nutricional a menor classe econômica, o tabagismo, a depressão e o maior consumo de medicamentos. No estudo constatou-se que o uso de próteses dentárias também pode ser indicativo ou preditor de várias comorbidades.

Nos dados apresentados no relatório final de Saúde Bucal BRASIL 2010 (BRASIL, 2011), pode-se observar que houve melhora, nas condições de saúde bucal da população adulta, quanto à demanda por próteses dentárias. Contudo, o grande problema ainda se concentra na população entre 65 a 74 anos. De 2003 para 2010 a proporção de idosos, que necessitam de próteses totais caiu apenas de 24% para 23% e de 16% para 15% para os que necessitam de próteses parciais. Associado ao mau estado nutricional, a insuficiência alimentar influencia nas funções físicas do idoso e aumenta o risco de quedas, gastos com saúde e risco de morte prematura.

As informações contidas no relatório *op cit.*, revelam também, que para auxílio na locomoção apenas 22,8% ($n=29$) dos idosos referiram utilizar alguma tecnologia assistiva, sendo 9,4% ($n=12$) bengala, 4,7% ($n=6$) cadeira de rodas, 3,1% ($n=4$) andador e 0,7% (1) muletas e 5,5% ($n=7$) referiu utilizar outros meios, como andar segurando nos móveis ou em uma pessoa. Meneses e Bachion (2008),

ao investigarem os fatores intrínsecos relacionados à queda em 95 idosos institucionalizados, 14 (14,8%) deles utilizavam dispositivos para auxílio de marcha, sendo que 13 (92,8%) usavam bengala e 1 (7,1%) andador. Quanto às condições percepto sensoriais, 77 (81,1%) dos idosos apresentavam déficit visual. Desses, 45 (58,4%) mostravam déficit corrigido com órtese e 32 (41,5%) com déficit não corrigido.

Na Tabela 5 apresenta-se a associação entre o uso de tecnologia assistiva e o evento quedas nos últimos 12 meses e durante esta hospitalização.

TABELA 5 - ASSOCIAÇÃO ENTRE O EVENTO QUEDAS E USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA. CURITIBA-PR, 2013

Variáveis	Resposta	Usam tecnologia assistiva				Valor de p*
		Não		Sim		
		N	%	n	%	
Tiveram quedas nos últimos 12 meses	Não	12	80,0	71	63,4	0,257
	Sim	3	20,0	41	36,6	
	Total	15	100,0	112	100,0	
Tiveram quedas durante a hospitalização	Não	15	100,0	103	92,0	0,597
	Sim	0	0,0	9	8,0	
	Total	15	100,0	112	100,0	

*Teste Exato de Fisher

FONTE: A AUTORA (2013)

Mostra-se na Tabela 5 que 41(36,6%) dos participantes que utilizam tecnologia assistiva sofreram quedas nos últimos 12 meses e destes 9 (8%) sofreram quedas durante a hospitalização. Entende-se que é fundamental o trabalho da equipe de assistência interdisciplinar, quanto à orientação sobre a forma correta de utilizar as tecnologias assistivas e o estímulo para o uso delas. Neste estudo, o uso de tecnologia assistiva não representou isoladamente significância estatística para a ocorrência do evento quedas.

5.2.3 Atividade Física, Perfil do Evento Quedas e Hospitalização.

A tabela 6 apresenta o perfil dos idosos participantes em relação à execução de atividades físicas, perfil do evento quedas e ocorrência de hospitalização no último ano.

TABELA 6 - ATIVIDADE FÍSICA, PERFIL DO EVENTO QUEDAS, E HOSPITALIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA. CURITIBA, 2013

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA n	PERCENTIL %
Prática De Atividade Física		
Sim	50	39,4
Não	77	60,6
Modalidade Atividade Física		
Caminhada	36	28,3
Ginástica	7	5,5
Academia	4	3,1
Andar de Bicicleta	2	1,5
Natação	1	0,7
Outros	1	0,7
Ocorrência de quedas anteriores (> de 12 meses)		
Sim	84	66,1
Não	43	33,8
Queda do mesmo nível	65	51,2
Queda de outro nível	19	14,9
Ocorrência de queda nos últimos 12 meses		
Sim	44	34,6
Não	83	65,3
Queda do mesmo nível	37	29,1
Queda de outro nível	7	5,5
Motivos da queda		
Perda de equilíbrio	16	12,5
Tropeços	14	11
Perda de consciência	8	6,2
Outros	6	4,7
Hospitalização nos últimos 12 meses (exceto a atual)		
Sim	54	42,5
Não	73	57,5
Motivo da Hospitalização anterior		
Indicação Clínica	37	29,1
Indicação Cirúrgica	17	13,4

FONTE: A AUTORA (2013)

Observa-se na Tabela 6, 60,6% (n=77) dos idosos não realizam atividade física de rotina, e 39,4% (n=50) realizam rotineiramente, sendo a caminhada a atividade mais citada 28,3% (n=36), seguida da ginástica 5,5% (n=7), academia 3,1% (n=4), andar de bicicleta 1,5% (n=2) e 0,7 % natação e outros. A atividade física pode ser considerada como um dos fatores protetores para o evento queda, auxiliando na manutenção do equilíbrio e força muscular principalmente dos membros inferiores. Segundo Guimarães *et al.* (2004), a prática de atividade física regular é uma forma de prevenir quedas em pessoas idosas. Idosos sedentários

possuem menor mobilidade e maior propensão às quedas, quando comparados a idosos que praticam atividade física regularmente.

O exercício físico como fator protetor para prevenção de quedas pode ser confirmado pelo estudo realizado por Pimentel e Scheicher (2009), que comparou o risco de quedas entre idosos sedentários e ativos e como a prática de exercícios se reflete no desempenho dos sujeitos. Foi avaliada uma amostra de 70 idosos divididos em dois grupos: sedentários ($n=35$) e ativos ($n=35$). Os escores médios na escala de Berg dos grupos sedentário e ativo foram $47,7 \pm 5,6$ pontos e $53,6 \pm 3,7$, respectivamente ($p < 0,0001$). A análise dos escores evidenciou que o grupo sedentário apresentou 15,6 vezes mais risco de quedas do que o grupo ativo ($p = 0,002$). A prática regular de exercícios por idosos pode melhorar a capacidade física, proporcionar ganho de autoestima e confiança, contribuindo para diminuição do risco de quedas, comuns em idosos. Os autores concluíram que idosos sedentários têm maior risco de quedas e a prática regular de atividades físicas interfere nesse desempenho.

Estudo realizado por Mazo *et al.* (2007), em Santa Catarina, com amostra de 256 idosos, 219 do sexo feminino e 37 do masculino, com média de idade de 70,85 anos, cujo objetivo foi verificar a relação do nível de atividade física e a incidência de quedas com as condições de saúde de idosos, classificou 201 idosos (79,13%) como muito ativos. Desses, apenas 38 idosos haviam sofrido quedas nos últimos três meses. Houve relação estatisticamente significativa entre o nível de atividade física pouco ativo, com o número de quedas e com a condição de saúde atual ($p = 0,011$). O autor afirma que a prática regular de atividade física parece estar associada a melhor condição de saúde dos idosos e consequentemente em uma menor incidência de quedas.

Os dados *op cit*, também se assemelham aos encontrados no estudo desenvolvido por Streit *et al.* (2011), com 230 idosos praticantes de exercícios físicos, para verificar a associação entre as aptidões físicas e a ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos. Destaca-se que a ocorrência de quedas no último ano entre os idosos foi de 22,2%. Os resultados demonstraram que a chance de sofrer quedas foi 2,66 vezes maior nos idosos com classificação “Ruim” da força de membros inferiores ($p = 0,022$), quando comparados aqueles cuja classificação foi boa. Os autores concluem que a falta de força nos membros

inferiores também é um importante fator de risco para a ocorrência de quedas entre idosos praticantes de exercícios físicos.

Perracine *et al.* (2012) pesquisaram fatores relacionados a quedas em idosos, com diferentes níveis de atividade física. Entre 118 idosos que haviam caído nos últimos 12 meses a prevalência de quedas foi menor no grupo de idosos mais ativos. O estudo apontou 69,7 % das quedas entre o grupo mais ativo e os sintomas depressivos (OR = 0,747, $p = 0,029$), o medo de quedas (OR = 1,17, $p = 0,001$) e velocidade de marcha autosselecionada (OR = 0,030, $p = 0,001$) foram independentemente associados às quedas no grupo mais ativo. A realização de atividades físicas geralmente em grupo ou pequenas parcerias promovem a manutenção de vínculos sociais diminuindo os sentimentos de isolamento e solidão que acometem muitos idosos.

Na Tabela 6, visualiza-se que 66,1% (84) idosos relataram ter caído, sendo que 51,2% (n=65) foram quedas do mesmo nível e 14,9% (n=19) quedas de outro nível. Nos últimos 12 meses 34,6% (n=44) idosos relataram ocorrência de quedas, sendo 29,1% (n=37) do mesmo nível e 5,5% (n=7) de outro nível.

Orientar os acompanhantes e estimular os pacientes idosos a saírem do leito, com supervisão direta, e proporcionar conforto em poltronas, para que eles passem maior tempo fora do leito, são medidas que podem auxiliar na manutenção de alguma atividade física. Solicitar atendimento multidisciplinar pela fisioterapia ou terapia ocupacional proporciona manutenção de alguma atividade física e diminuem os riscos da cascata de dependência devido à imobilidade.

Gaweuszewski (2010) analisou as características das quedas, no grupo etário com 60 anos ou mais, com ênfase nas quedas no mesmo nível em residentes no Estado de São Paulo. As quedas no mesmo nível foram responsáveis pela maior proporção de mortes definidas 35%, nas internações 47,5% e também nas emergências 66%, crescendo de importância com o aumento das faixas etárias. Levantamento realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) aponta que, em média, três idosos são internados por hora em hospitais públicos do Estado vítima de quedas. Em 2012 houve 27.817 internações de pessoas com 60 anos ou mais em serviços hospitalares do SUS (Sistema Único de Saúde), causadas por queda, do total, 60% das internações foram de mulheres com mais de 60 anos (SESSP, 2013). As quedas na população idosa veem se tornando motivo de intensa

preocupação, visto que interferem na mobilidade e independência funcional do idoso, além de ser uma das principais causas de mortalidade entre os mesmos.

Alvares, Lima e Silva (2010) avaliaram 243 idosos com objetivo de descrever a ocorrência de quedas e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI) em Pelotas, Rio Grande do Sul, a maioria era mulheres 72,8% e tinha, em média, 77,7 (DP = 8,9) anos. Cerca de um terço dos idosos 32,5% sofreu pelo menos uma queda no último ano. A ocorrência de quedas foi duas vezes maior nas mulheres, nos idosos com reumatismo ou doença da coluna e naqueles que utilizavam medicação psicotrópica.

Estudo transversal desenvolvido por Cruz *et al.* (2012), com 420 idosos residentes em Juiz de Fora, MG, com objetivo de estimar a prevalência de quedas em idosos e analisar fatores associados, identificou a ocorrência de queda nos últimos 12 meses em 135 (32,1%) idosos. Entre aqueles que sofreram queda, 53% relataram uma única queda e 19% apresentaram fratura como consequência. A ocorrência de quedas associou-se com idade avançada, sexo feminino, necessidade de auxílio para locomoção e diagnóstico autorreferido de osteoporose.

Em Santa Catarina estudo exploratório, com objetivo de analisar a prevalência de quedas e a influência de variáveis associadas, realizado por Santer, Bruggemann e Silva (2012) com uma amostra de 178 idosos frequentadores de Unidade Básica de Saúde (UBS), revelou que nos últimos 12 meses houve prevalência de quedas em 30,9% dos idosos participantes, dos quais 34,8% ocorreram com mulheres. Entre os idosos que sofreram quedas, 16,4% referiram fratura na primeira queda e 7,1%, na segunda queda. A incidência de quedas associou-se aos perfis: a) idade maior ou igual a 80 anos; b) viúvos; c) estar ativo e não ter renda.

Os dados dos estudos apresentados anteriormente diferem quanto à incidência de quedas em idosos encontrada por Lopes *et al.* (2009) em Diamantina MG, no qual 147 idosos participaram de estudo transversal randomizado para avaliação do medo de cair, correlação com a mobilidade, equilíbrio dinâmico e risco e histórico de quedas. Entre os idosos, 80 (54,42%) relataram histórico de quedas e 133 (90,48%) relataram medo de cair. Os resultados mostraram alta incidência referente ao medo de cair nos idosos da comunidade e correlação positiva entre o medo de quedas e mobilidade, equilíbrio dinâmico, idade, risco e histórico de quedas dos idosos.

Verifica-se na Tabela 6 que o motivo mais frequente das quedas foi perda do equilíbrio 12,5% (n=16), seguido de tropeços (objetos, tapetes, calçada) 11% (n=14), perda de consciência (mal estar súbito, desmaio, hipoglicemia, AVC) 6,2% (n=8) e outros 4,7% (n=6). A perda de equilíbrio vem destacando-se como fator contribuinte para as quedas em idosos, associada ou não a vestibulopatias. Os dados encontrados nesta pesquisa assemelham-se aos resultados obtidos por Costa *et al.* (2011), envolvendo 62 idosos, com a finalidade de conhecer a incidência do evento queda e identificar a presença de seus principais fatores de risco. Os autores apontam a perda de equilíbrio como principal motivo para a ocorrência de quedas. Identificou-se também a presença de agravos concomitantes: visão regular, audição boa, polifarmácia, IMC normal, forte força de preensão palmar e condições dos pés adequadas. Entre os idosos participantes, 41,9% relataram queda nos últimos seis meses. As quedas ocorreram em local de piso áspero e seco, sem degraus, rampas ou tapetes, iluminação adequada e o tipo de calçado mais utilizado foi chinelo de borracha, excluindo os fatores extrínsecos.

Cordeiro *et al.* (2009) avaliaram 91 idosos, usuários de um ambulatório vinculado a um hospital escola da cidade de São Paulo - SP, com média de 74,4 ($\pm 5,9$) anos. Os autores concluíram que idosos diabéticos, com seguimento ambulatorial, apresentam equilíbrio e mobilidade prejudicados, relacionados principalmente à idade avançada, limitação para atividades diárias, ausência de estratégia de equilíbrio, prejuízo na sensibilidade proprioceptiva e a presença de hipotensão ortostática, sendo preditores para risco de queda.

A incidência cada vez maior de quedas devido a falta de equilíbrio, é confirmada também por um estudo observacional realizado por Robinovitch *et al.* (2012), entre abril de 2007 e junho de 2010, em duas unidades de cuidados de longa duração em British Columbia, no Canadá. Para registrar o evento quedas e identificar possíveis fatores contribuintes, utilizou-se de câmeras digitais instaladas em áreas comuns (salas de jantar, salas de estar, corredores). Registraram-se vídeos de 227 quedas de 130 indivíduos (média de idade de 78 anos). A causa mais frequente de queda foi o deslocamento incorreto do peso do corpo produzindo desequilíbrio, o que representou 41% (n=93) das quedas, seguido por tropeços 21% (n=48), esbarrão, perda de apoio e desmaio 11% (n=25). Escorregões representaram apenas 3% (6) das quedas. As três atividades associadas com a

maior proporção de quedas foram: andando para frente 24% (n=54), parado em silêncio 13% (n=29) e ao sentar-se 12% (n=28).

A Tabela 6 mostra que, 42,5% (n=54) dos idosos participantes estiveram internados nos últimos 12 meses, 29,1% (n=37) por motivos clínicos e 13,4% (n=17) por motivos cirúrgicos. Segundo Sales *et al.* (2010, p 238), “a hospitalização por doença aguda é um fator de risco importante para a perda funcional em idosos”, e ainda que “a restrição ao leito traz grande perda de massa óssea e muscular e pode levar à perda da capacidade de deambulação, além de aumentar o risco de quedas e fraturas”. Wu, Sahadevan e Ding (2006) avaliaram 199 idosos hospitalizados e constataram que durante o internamento, 40,4% dos pacientes desenvolveram declínio funcional e 29,6 % continuaram apresentando declínio funcional após três meses da alta. Hipoalbuminemia, tendência a quedas, independência funcional pré-mórbida e tempo de internação foram fatores associados ao declínio funcional durante a internação.

A ocorrência de eventos adversos e a piora da capacidade funcional durante a internação são decorrentes de uma combinação de fatores que incluem os efeitos danosos da imobilização, da restrição ao leito, reações adversas a medicamentos e a maior vulnerabilidade dos idosos a esses eventos em virtude de alterações fisiológicas do envelhecimento (SALES, 2010).

Ao selecionar os idosos para entrevista, no período de abril a julho verificou-se que dos 188 idosos internados na instituição local desta pesquisa, 24 eram reinternamentos e representaram 12,7% das internações. O reinternamento também pode ser um fator que contribui para a predisposição à ocorrência de quedas intra-hospitalares.

Estimular a manutenção do paciente fora do leito, sob supervisão direta, para diminuir os fatores de risco relacionados à cascata de dependência e imobilidade são cuidados que auxiliam na prevenção de quedas.

A Tabela 7 aponta a associação entre a ocorrência do evento quedas nos últimos 12 meses e possíveis fatores relacionados.

TABELA 7 - ASSOCIAÇÃO ENTRE A OCORRÊNCIA DO EVENTO QUEDAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES E POSSÍVEIS FATORES RELACIONADOS. CURITIBA, 2013

Variáveis	Resposta	Tiveram queda nos últimos 12 meses				Valor de p*
		Não		Sim		
		n	%	n	%	
Hospitalização nos últimos 12 meses	Não	50	60,2%	23	52,3%	0,452
	Sim	33	39,8%	21	47,7%	
Realiza exercícios físicos	Não	50	64,9%	33	66,0%	1,000
	Sim	27	35,1%	17	34,0%	
Uso de medicação contínua	Não	18	78,3%	65	62,5%	0,226
	Sim	5	21,7%	39	37,5%	
Tiveram queda durante esta hospitalização	Não	81	97,6%	37	84,1%	0,008
	Sim	2	2,4%	7	15,9%	
Uso de tecnologia assistiva	Não	12	80,0%	71	63,4%	0,257
	Sim	3	20,0%	41	36,6%	

* Teste Exato de Fisher

FONTE: A AUTORA (2013)

Na Tabela 7 visualiza-se significância estatística na associação entre ocorrência de queda nos últimos 12 meses e ocorrência de quedas durante o atual período de internação ($p = 0,008$). Dos 09 idosos (7%) que tiveram queda durante a internação, 07 (5,5%) haviam caído nos últimos 12 meses.

Ainda, verifica-se que entre os participantes que tiveram queda nos últimos 12 meses, 66% ($n=33$) não realizam exercícios físicos, 37,5% ($n=39$) utilizam medicação de uso contínuo, 36,6% ($n=41$) fazem uso de tecnologia assistiva, 47,7% ($n=21$) estiveram hospitalizados nos últimos 12 meses e 15,9% ($n=7$) sofreram quedas durante o atual período de internação. Neste estudo a associação entre queda no último ano e queda na internação se apresentou como um fator relevante, assim como no estudo de Chaves (2012), que avaliou os fatores predisponentes a quedas e sua ocorrência em idosos hospitalizados em um hospital escola, do norte de Minas Gerais, identificou entre os 20 idosos entrevistados que 3 (15%) sofreram algum tipo de queda previamente e durante a internação, resultando em lesões e 16 (80%) já haviam sofrido queda antes da internação e 4 (20%) ficaram com algum tipo de sequela.

Ramos *et al.* (2011) realizou estudo com o objetivo de identificar os principais fatores causadores de quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento, no Rio Grande do Sul e apontou que 27(69,2%) apresentaram quedas nos últimos 12 meses e desses, 15 (38,5%) já haviam caído duas vezes, no último ano.

Costa-Dias *et al.* (2013), que teve como objetivo explorar a associação entre os fármacos e as quedas e a sua recorrência ($n \geq 2$) em 190 pacientes, no período de internamento, verificaram que os doentes que utilizam fármacos associados ao risco de queda, têm 10 vezes mais risco de queda ($OR=9,90$; $IC_{95\%}$: 1,61-60,63), em especial quando pertencem ao grupo terapêutico do Sistema Nervoso Central.

Estudos realizados por Liu-Ambrose *et al.* (2004) e Tinetti (2003), mostraram que 30% dos idosos caíram no período de um ano. Dos que já apresentaram episódio de queda, 50% voltaram a cair no ano subsequente. Quanto maior número de fatores de risco presentes, maior a probabilidade de queda e a diminuição de um fator pode reduzir esse risco.

5.2.4. Risco, Ocorrência e Prevenção de Queda Intra-Hospitalar

Na Tabela 8, verifica-se risco, prevenção e ocorrência de queda intra-hospitalar.

TABELA 8 - RISCO E PREVENÇÃO DE QUEDA INTRA-HOSPITALAR. CURITIBA, 2013

VARIÁVEIS	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
Risco para quedas.					
Referem tontura/perda do equilíbrio ao levantar do leito	48	37,8%	79	62,2%	127
Acham que existe risco de cair dentro do hospital	58	45,8%	69	55,2%	127
Orientações para Prevenção de Quedas					
Receberam orientações p/ "prevenção de quedas"	48	37,8%	79	62,2%	127
As orientações recebidas foram apenas verbais	28	22,1%	99	77,9	127
As orientações recebidas foram verbais e escritas	20	15,7%	107	84,2%	127
Compreensão das Orientações					
Repetiram pelo menos uma orientação	40	31,3%	87	68,5%	127
Referiram uso de calçado antiderrapante	109	85,8%	18	14,2%	127
Realizaram sessões de fisioterapia	31	24%	96	76%	127

FONTE: A AUTORA (2013)

Concernente à perda de equilíbrio, observa-se na Tabela 8, 37,8% ($n=48$) dos idosos afirmaram ficar tontos ou escurecer a vista ao levantar do leito, 55,2% ($n=69$) consideram que NÃO existe risco de cair dentro do ambiente hospitalar. Entre os participantes que referiram existir risco de queda dentro do ambiente hospitalar 45,8% ($n=58$) apontaram os riscos representados no Gráfico 3.

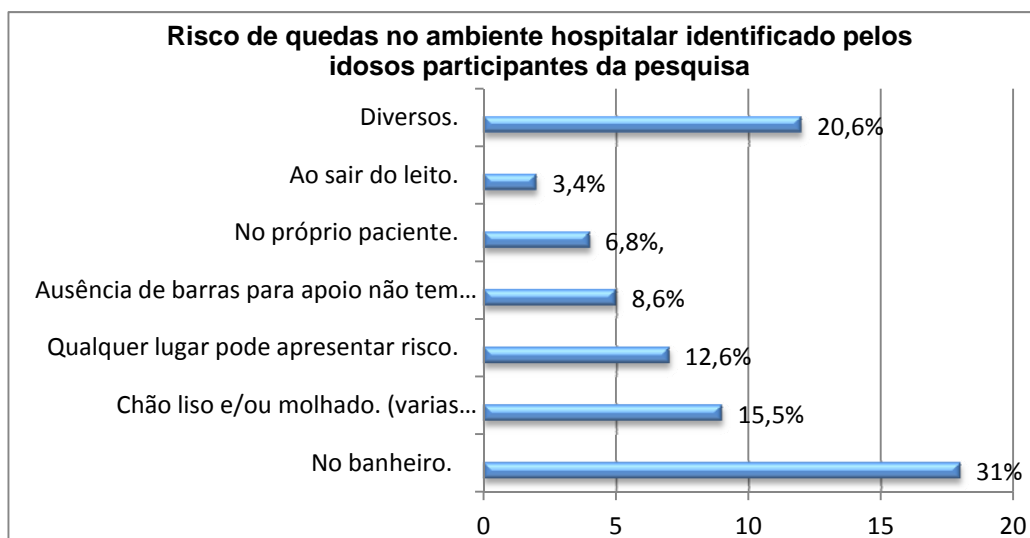


GRÁFICO 3 – LOCAL OU SITUAÇÃO IDENTIFICADA PELOS IDOSOS COMO RISCO DE QUEDA NO AMBIENTE HOSPITALAR
 FONTE: A AUTORA (2013)

No Gráfico 3 constata-se os fatores contributivos para quedas mencionados pelos pacientes idosos, os quais identificaram o banheiro como local de maior risco de queda no ambiente hospitalar com 31% (n=18), seguidos de chão liso e/ou molhado 15,5% (n=09) e qualquer lugar pode ser passível de risco de quedas 12,6% (n=07). Ainda, foi mencionada a ausência de barras de apoio e local para deixar a roupa limpa durante o banho 8,6% (n=5), o risco está no próprio paciente 6,8% (n=4), ao sair do leito 3,4% (n=2) e outros como diversos riscos - problemas físicos, obesidade, transporte em cadeiras e macas nas rampas e elevadores 20,6% (n=12).

Os fatores que concorrem para o evento quedas mencionados pelos pacientes idosos assemelham-se aos apontados pela equipe de enfermagem em estudo realizado por Viana *et al.* (2011), no qual os fatores mais citados foram: banheiros molhados; ausência de barras de segurança nos quartos; banheiros, corredores e pisos escorregadios e muito encerados.

Na Tabela 8 mostram-se os resultados sobre os que receberam orientações relacionadas à prevenção de quedas durante o internamento 37,8% (n=48) idosos, sendo que 22,1% (n=28) receberam orientações verbais, e 15,7% (n=20) receberam orientações verbais e o folder sobre prevenções de quedas padronizado da instituição. Destaca-se o número de idosos que NÃO receberam orientações para prevenção de quedas 62,2% (n=79). O repasse das orientações aos pacientes é responsabilidade das enfermeiras e fazem parte do protocolo de prevenção, implantado no final do ano de 2012 nas unidades de internação. Segundo Meireles

(2010), a comunicação inadequada entre a equipe de enfermagem e os pacientes pode prejudicar o trabalho do grupo comprometendo o cuidado ao indivíduo e a sua recuperação.

Para estes idosos, após a entrevista, foram realizadas as orientações de prevenção de quedas, lido e entregue o folder “Todos juntos na prevenção de quedas”, disponibilizado pela instituição.

A análise da associação entre o risco de cair no ambiente hospitalar, tontura ao levantar do leito e orientações para prevenção de quedas apresenta-se na Tabela 9.

TABELA 9 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO DE CAIR NO AMBIENTE HOSPITALAR, TONTURA AO LEVANTAR DO LEITO E ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS. CURITIBA, 2013

Variáveis	Resposta	Risco de cair no ambiente hospitalar						Valor de p*
		Não		Sim		Total Geral		
		N	%	n	%	n	%	
Tontura ao Levantar do leito	Não	49	71%	30	51,7%	79	63,2	0,026
	Sim	20	28,9%	28	48,2%	48	37,8	
	Total	69	100%	58	100%	127	100	127
Recebeu orientação para prevenção de quedas	Não	46	66,6%	32	41,0%	78	63	0,353
	Sim	23	48,9%	24	51,1%	47	37	
	Total	69		58		127	100	127

* Teste Exato de Fisher

FONTE: A AUTORA (2013)

Observa-se na Tabela 9, que entre os participantes que referiram tontura ao levantar do leito 37,8% (n=48), 22% (n=28) mencionam que há risco de cair no ambiente hospitalar. Esse dado apresentou significância estatística de $p= 0,026$. Problemas vestibulares e tontura também produzem desequilíbrio e podem estar relacionados a sintomas emocionais e psicológicos, tais como ansiedade, pânico, depressão, preocupações excessivas com a saúde e medo de executar as atividades que possam provocar a tontura e as quedas (GAZZOLA *et al.*, 2009, PATATAS; GANANÇA; GANANÇA, 2009). No presente estudo, dos 47 participantes que receberam orientação sobre prevenção de quedas no ambiente hospitalar, 23 deles entendem que não há risco de cair dentro do hospital, mesmo tendo recebido orientações. É importante conscientizar o paciente que o fato de estar hospitalizado

pode expô-lo a ocorrência de queda em virtude de todos os fatores de risco, já mencionados até o momento.

O Gráfico 4 apresenta as orientações reproduzidas pelos idosos que receberam as informações verbais ou escritas.

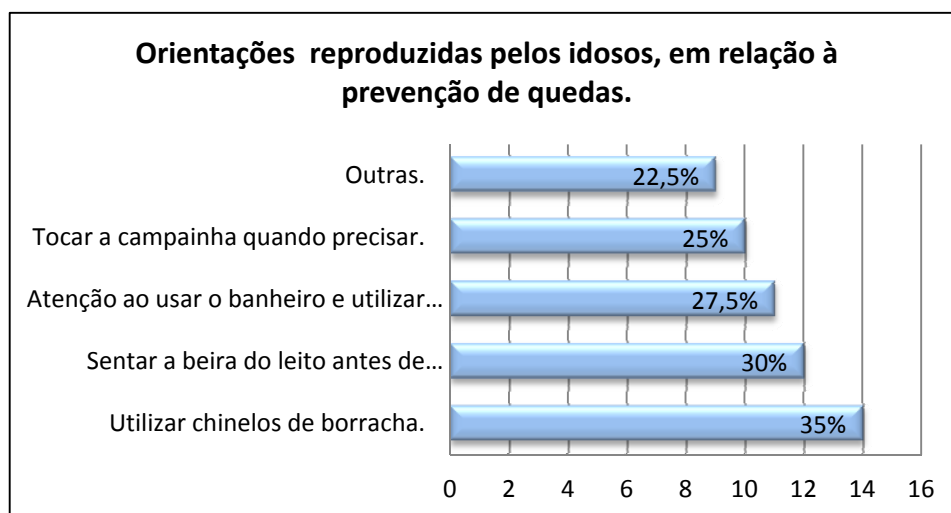


GRÁFICO 4 – ORIENTAÇÕES REPRODUZIDAS PELOS IDOSOS EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DE QUEDAS

FONTE: A AUTORA (2013)

Das orientações fornecidas 31,3% (n=40) conseguiram lembrar pelo menos uma orientação, sendo as mais citadas: 35% (n=14) uso de chinelo de borracha, 30% (n=12) sentar a beira do leito antes de levantar, 27,5% (n=11) atenção ao usar o banheiro e utilizar barras de apoio, 25% (10) utilizar a campainha sempre que necessário e outros 22,5% (n=9) (Gráfico 4). Classificar o paciente quanto ao risco de queda e orientá-lo quanto à prevenção são cuidados básicos e essenciais que podem auxiliar a diminuir e evitar o evento quedas durante o internamento e até mesmo na própria residência do paciente. Ainda, segundo Castro (2011, p. 85) as orientações ao paciente precisam ser realizadas de forma continuada, “na admissão e reforçadas durante a internação”, por parte da equipe de saúde, evitando que pacientes se levantem sem auxílio, dirigindo-se ao banheiro, sofrendo queda.

Na Tabela 8, o último item se refere à realização de sessões de fisioterapia durante a hospitalização, sendo que somente 24% (n=31) realizaram sessões de fisioterapia. Piovesan *et al.* (2011, p.76), investigaram os fatores de risco que predispõem a quedas em idosos residentes na Região Oeste de Santa Maria/ RS, assim como a incidência de quedas e ao mesmo tempo buscou desenvolver

estratégias de prevenção. Segundo os autores a fisioterapia desempenha importante papel na prevenção das quedas, “proporciona melhora do quadro motor e do equilíbrio, além de fornecer orientações aos pacientes e seus cuidadores, eliminando ou minimizando os fatores de risco”. As estratégias de prevenção podem ser otimizadas com o trabalho multiprofissional da fisioterapia, enfermagem, medicina, nutrição e farmácia, profissionais que atuam no cotidiano hospitalar. Para tanto, são necessários a promoção de diálogos num amplo sentido, com o intuito de desenvolver a cultura de segurança no ambiente hospitalar.

5.3 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.

No Quadro 5 apresenta-se as características gerais dos idosos que sofreram quedas durante a internação.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS IDOSOS QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE ESTA HOSPITALIZAÇÃO	
Faixa Etária	62-76 - média 66,9
Screenning Cognitivo	18-30 média da pontuação 23,9
Escolaridade	02 Analfabetos
	05 Primário
	02 Nível Superior
Setor de Internação	02 Clínica Médica Masculina
	03 Clínica Médica Feminina
	04 Clínica de Cirurgia Geral
Gênero	05 Feminino
	04 Masculino

FONTE: A AUTORA (2013)

Os idosos que sofreram quedas encontravam-se na faixa etária entre 62 a 76 anos (média = 66,9), a média de pontuação do *screenning* cognitivo foi 23,9% com mínimo de 18 e máximo de 30, sendo que 02 (22,2%) idosos eram analfabetos, 05 (55,5%) possuíam o primário e 02 (22,2%) tinham nível superior de escolaridade. No setor da CMM ocorreram 02 (22,2%) quedas, na CMF 03 (33,3%), e na Clínica de Cirurgia Geral 04 (44,4%) sendo 05 (55,5%) do sexo feminino e 04 (44,4%) do sexo masculino (Quadro 5). O relatório da Assessoria da Gestão da Qualidade (AGQ) da

instituição onde se desenvolveu esta pesquisa apresentou no ano de 2012 a incidência de quedas em 35 (70%) no sexo masculino e 15 (30%) no feminino, como os dados do presente estudo se referem a um período de intervalo no ano e, em clínicas específicas, não é possível identificar a incidência geral de quedas por sexo.

Estudos realizados por Viana *et al.* (2011), e Castro *et al.* (2011) encontraram maior incidência de quedas no sexo feminino enquanto Costa-Dias *et al.* (2013) , Duarte (2011), Costa *et al.* (2010) e Paiva *et al.* (2010) apontam maior incidência de quedas no sexo masculino, discute-se ainda que a incidência de quedas no sexo masculino em idosos hospitalizados pode ser resultante de fatores culturais no qual os homens sentem-se constrangidos em serem auxiliados na execução de alguma atividade básica como levantar do leito ou ir ao banheiro.

Na Tabela 10 demonstra-se a ocorrência de quedas intra-hospitalares.

TABELA 10 – OCORRÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDA INTRA-HOSPITALAR DOS IDOSOS PARTICIPANTES DA PESQUISA. CURITIBA, 2013

VARIÁVEIS	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
Ocorrência de queda					
Sofreram quedas durante o internamento	9	7	118	92,9	127
Sem consequência	6	4,7	--	--	--
Consequências moderada e grave	2	1,5	--	--	--
Óbito posterior à queda	1	0,78			

FONTE: A AUTORA (2013)

Na Tabela 10, dos 127 idosos entrevistados, 7% (n=9) sofreram quedas durante o período da pesquisa 4,7% (n=6) não apresentaram consequências físicas, 1,5% (n=2) apresentaram consequências moderadas e graves, sendo hematomas em face, braço e ombros, cortes na boca e 0,78% (n=1) apresentou fratura de fêmur com óbito posterior. Segundo Currie (2006), apesar de menos de 1 % das quedas de pessoas internadas resultarem em morte nos Estados Unidos, isso se traduz em aproximadamente 11.000 quedas fatais no ambiente hospitalar por ano. Uma vez que as quedas são consideradas evitáveis, lesões fatais relacionadas a queda, não devem ocorrer enquanto o paciente está sob cuidados hospitalares. O protocolo de prevenção de quedas proposto pelo Ministério da Saúde objetiva

minimizar e diminuir a ocorrência de quedas, e também promover e divulgar a cultura de segurança em todo o âmbito hospitalar.

Abreu *et al.* (2012) realizaram levantamento de quedas intra-hospitalares, durante três anos (2007 a 2009), em uma unidade de 33 leitos de um hospital Português, neste período ocorreram 98 quedas. Em relação às consequências da queda, constataram que 40 (63,5%) não apresentaram consequências, 20 (31,7%) com consequências ligeiras, uma (1,6%) com consequência moderada, uma (1,6%) com consequência grave e uma (1,6%) morte. Semelhantemente na instituição onde se realizou a presente pesquisa, no ano de 2011 foram notificados 40 eventos de queda, representando 5,8% de todos os eventos notificados, 4 (10%) foram classificadas como moderadas e 01 (2,5%) grave. Em 2012 foram notificados 50 eventos de queda, 02 (4%) moderadas, 01 grave (2%) e 01 (2%) com posterior desfecho em óbito. No primeiro semestre do ano de 2013 já foram notificadas 32 quedas, sendo 01 (3,2%) com posterior desfecho em óbito (AGQ, 2013).

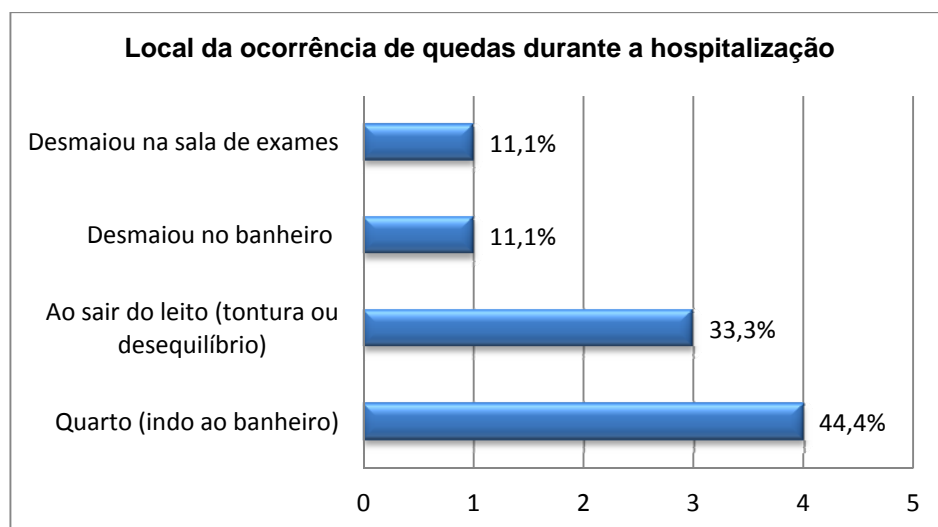


GRÁFICO 5 – LOCAL DA OCORRÊNCIA DE QUEDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO
FONTE: A AUTORA (2013)

No Gráfico 5 constata-se os locais da ocorrência das quedas, 04 (44,4%) ocorreram no quarto, quando se dirigiam ao banheiro, 03 (33,3%) ao sair do leito, 01 (11,1%) desmaiou no banheiro e 01 (11,1%) desmaiou na sala de exames devido à hipoglicemia.

Estes dados corroboram os resultados encontrados em estudo realizado por Freitas *et al.* (2011), que relata 4 (50%) ocorrências de queda da própria altura ao ir ou retornar sozinho do banheiro para o leito, seguido de 2 (25%) queda ao descer da

cama sozinho e 1(12,5%) no banheiro. Viana *et al.* (2011) apontam quarto e banheiro como os locais mais comuns de ocorrência das quedas. Castro *et al.* (2011), em 35 notificações encontraram em 34 quedas a incidência de 55,8% na enfermaria e 44,1% no banheiro. Abreu *et al.* (2012), apontam em seu estudo, que de 98 idosos que sofreram quedas, o quarto foi o local com maior incidência de quedas n=53, corredor n=06 e banheiro n=05.

Os idosos deste estudo apontaram o banheiro como local de maior risco de quedas (Gráfico 3), entretanto a maioria das quedas durante a pesquisa ocorreu no quarto e ao sair do leito, com ou sem intenção de ir ao banheiro. Os estudos acima citados apontam que o local onde mais ocorrem quedas é na enfermaria, logo a seguir o banheiro. O banheiro de forma geral é considerado pela maioria das pessoas, como local onde possa ocorrer uma queda. A despreocupação do paciente ao levantar-se do leito depois de um longo período na posição horizontal, precisa ser evitada e para tanto orientada. Uma vez que, ao levantar-se rapidamente do leito, é frequente o risco de hipotensão postural, ou até mesmo a presença de fraqueza muscular nos membros inferiores o que predispõe a queda.

Na Tabela 11, são apresentados os itens relacionados à orientação, risco e notificação de quedas dos idosos que sofreram quedas durante a hospitalização.

TABELA – 11 ORIENTAÇÃO, RISCO E NOTIFICAÇÃO RELACIONADOS AOS PARTICIPANTES QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO. CURITIBA, 2013

Variáveis	Resposta	Tiveram queda na internação	
		Sim	
		n	%
Receberam orientação para prevenção de quedas.	Não	4	44,4
	Sim	5	55,5
Consideram risco de queda no ambiente hospitalar	Não	4	44,4
	Sim	5	55,5
Presença de tontura ou desequilíbrio durante hospitalização	Não	1	11,1
	Sim	8	88,8
Realizaram sessões de fisioterapia	Não	7	77,7
	Sim	2	22,2
Presença de acompanhante	Não	6	66,6
	Sim	3	33,3
A queda foi notificada	Não	5	55,5
	Sim	4	44,4

FONTE: A AUTORA (2013)

Na Tabela 11 observa-se que apenas 05 (55,5%) idosos receberam orientações para prevenção de quedas, 04 (44,4%) durante a entrevista referiram não perceber risco de queda no ambiente hospitalar (apesar de já terem caído), 08 (88,8%) afirmaram ter períodos de tontura ou perda de equilíbrio ao levantar do leito. Segundo Mendes (2008, p. 64) “torna-se imprescindível que além das mudanças estruturais no ambiente hospitalar, a enfermagem reconheça que os idosos são uma clientela diferenciada dos adultos e crianças, e que necessitam de atenção particular”. Muitas vezes torna-se necessário repetir as orientações ou promover inicialmente vínculos de confiança, até que o idoso possa compreender os riscos e se disponha mudar de atitude. Apenas 02 (22,2%) realizaram sessões de fisioterapia durante a hospitalização e em 06 (66,6%) das quedas não havia presença de acompanhantes.

A presença do acompanhante pode ser um fator protetor, mas não totalmente preventivo, conforme apontado em estudo de Rodrigues e Ciosak (2012), com idosos que possuíam acompanhantes e tiveram quedas. Concernente às notificações de quedas, entre os 09 eventos, 04 (44,4%) foram enviadas à Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ) (conforme as clínicas e o período da pesquisa), o que denota a subnotificação dos casos ocorridos. Estas subnotificações também foram identificadas em estudo realizado por Viana *et al.* (2011, p. 77), no qual os resultados mostram a ocorrência do evento quedas no ambiente hospitalar “mas são sub-reportados ou ignorados”, por motivos relacionados “à insegurança profissional ou pelo desconhecimento de suas implicações negativas tanto para o paciente, quanto para o sistema de saúde envolvido”. Segundo Castro (2011, p. 79) “a caracterização das notificações auxilia na segurança da assistência e minimiza possíveis danos durante a internação”. As notificações quando encaminhadas de forma correta irão gerar os indicadores de assistência da instituição. Segundo Vargas e Luz (2010, p.26) “os indicadores sinalizam divergências com o padrão desejável e atuam como uma chamada identificando e direcionando a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam ser revistos”.

Na Tabela 12 apresentam-se os fatores extrínsecos, intrínsecos e comportamentais dos participantes da pesquisa que sofreram quedas durante a hospitalização.

TABELA 12 – FATORES EXTRÍNSECOS, INTRÍNSECOS E COMPORTAMENTAIS DOS PARTICIPANTES QUE SOFRERAM QUEDAS DURANTE HOSPITALIZAÇÃO. CURITIBA, 2013

Variáveis	Resposta	Sofreram quedas na hospitalização	
		Sim	
		n	%
Uso de medicamento contínuo	Não	1	11,1
	Sim	8	88,8
Usam tecnologia assistiva	Não	0	---
	Sim	9	100
Queda nos últimos 12 meses	Não	2	22,2
	Sim	7	77,7
Cama com grade	Não	0	----
	Sim	9	100
Rodas travadas	Não	1	11,1
	Sim	8	88,8
Luz de cabeceira	Não	1	11,1
	Sim	8	88,8
Campainha próxima	Não	2	22,2
	Sim	7	77,7
Acesso livre ao banheiro	Não	2	22,2
	Sim	7	77,7
Móveis deslizantes sem travas	Não	0	----
	Sim	9	100
Mobília Organizada	Não	0	----
	Sim	9	100
Fácil acesso aos pertences	Não	0	----
	Sim	9	100
Uso de calçado antiderrapante	Não	1	11,1
	Sim	8	88,8

FONTE. A AUTORA (2013)

São fatores intrínsecos e considerados contribuintes para a queda: o uso de medicação contínua 08 (88,8%); uso de tecnologia assistiva para auxiliar nas atividades cotidianas 09 (100%), sofreram quedas nos últimos 12 meses 07 (77,7%). Relacionados a fatores extrínsecos: 09 (100%) possuíam camas adequadas e seguras, 01 (11,1%) não estava com a cama travada, 01 (11,1%) não possuía luz de cabeceira funcionando, 02 (22,2%) não tinham a campainha perto para solicitar a enfermagem quando precisassem e 09 (100%) tinham ao seu lado móvel deslizante sem travas (mesinha de cabeceira c/ extensor para alimentação). Dos idosos internados 02 (22,2%) não obtinham acesso livre ao banheiro, sendo observados objetos como pia, poltrona e recipientes de lixo no trajeto a ser percorrido até o mesmo. Em relação aos fatores comportamentais, 09 (100%) mantinham acesso fácil aos seus pertences e a mobília organizada e apenas 01 (11,1%) paciente não utilizava chinelo antiderrapante (de borracha)

5.4 ITENS DE SEGURANÇA RELACIONADOS DIRETAMENTE AO AMBIENTE PRÓXIMO AO PACIENTE

Na Figura 5 observam-se os itens de segurança existentes na instituição onde foi desenvolvido o presente estudo, relacionados diretamente ao ambiente próximo ao paciente.

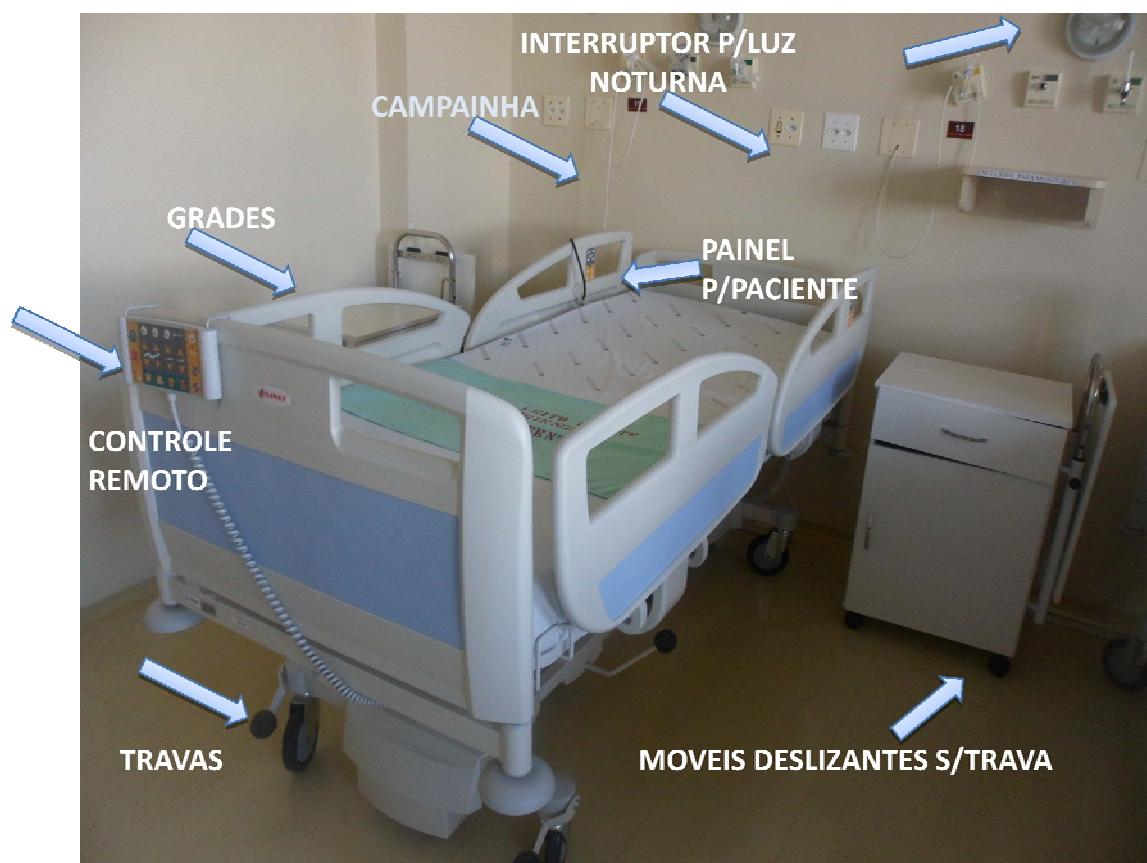


FIGURA 5 – ITENS DE SEGURANÇA RELACIONADOS DIRETAMENTE AO AMBIENTE PRÓXIMO AO PACIENTE.
FONTE: A AUTORA (2013)

Visualiza-se na Figura 5 a cama elétrica, com controle remoto independente, acoplado às laterais superiores da cama. Esta medida permite à equipe de enfermagem, acompanhante ou paciente, variar as posições do leito conforme necessidade ou solicitação, dispensando o uso de escadinhas, o que proporciona maior segurança e conforto ao paciente. As grades abrem somente pelo lado de fora, induzindo o paciente a solicitar auxílio da equipe enfermagem, ou do acompanhante para abrir as grades, ao sair do leito.

Na Tabela 13 apresenta-se a avaliação geral dos itens de segurança relacionados diretamente ao ambiente próximo ao paciente.

TABELA 13 – AVALIAÇÃO GERAL DOS ITENS DE SEGURANÇA RELACIONADOS DIRETAMENTE AO AMBIENTE PRÓXIMO AO PACIENTE, CURITIBA, 2013

Variáveis	Resposta	Tiveram queda na internação				Valor de p*
		Não	Sim	Total		
		n	n	n	%	
Cama com grade	Não	---	---	---	---	---
	Sim	118	9	127	100	
Rodas travadas	Não	1	1	2	1,6	0,137
	Sim	117	8	125	98,4	
Luz de cabeceira	Não	13	1	14	11	1,000
	Sim	105	8	123	89	
Campainha próxima	Não	21	2	22	18,1	0,666
	Sim	97	7	104	81,9	
Acesso livre ao banheiro	Não	23	2	25	19,7	1,000
	Sim	95	7	102	80,3	
Móveis deslizantes sem travas	Não	5	0	5	3,9	1,000
	Sim	113	9	122	96,1	
Mobília Organizada	Não	20	0	20	15,7	0,353
	Sim	98	9	107	84,3	
Fácil acesso aos pertences	Não	13	0	13	10,2	0,596
	Sim	105	9	114	89,8	
Uso de calçado antiderrapante	Não	17	1	18	14,2	1,000
	Sim	101	8	109	85,8	

FONTE: A AUTORA (2013)

No item camas com grades, 100% (127) das camas possuíam grades protetoras. Manter as grades elevadas é um fator protetor em relação aos idosos, entretanto, pode vir a ser um fator predisponente, na manutenção do paciente no leito por períodos prolongados, induzindo a síndrome de imobilidade e a cascata de dependência. Todas as camas, das unidades pesquisadas possuem rodas traváveis e apenas 1,57% (2) camas foram encontradas destravadas. Em todos os ambientes existe luz de cabeceira individual. Contudo, a localização da mesma, não favorece o acesso fácil do paciente, tanto pela altura, quanto pelo posicionamento do interruptor, 12,5% (16) das luzes de cabeceira não acendiam, seja por falta de lâmpada ou problemas elétricos (Tabela 13).

Na Tabela 13, referente à campainha, essa foi identificada em todos os leitos e banheiros, entretanto em 18,1% (23) dos leitos não se encontrava próxima ao

paciente, ficando junto à parede, impossibilitando que o paciente a alcance em momento de necessidade. Em conversas informais, vários pacientes relataram que não gostam de utilizar a campainha para não atrapalhar a enfermagem. Muitas vezes o idoso se sente constrangido ao solicitar a presença da enfermagem para ações de necessidades básicas, como beber água ou ir ao banheiro, o que pode vir a ser um fator determinante para ocorrência de quedas.

A atenção dispensada pela equipe de enfermagem também contribui para a liberdade do paciente tocar ou não a campainha, se o mesmo tocar a campainha e for ignorado, mal atendido ou mesmo ocorrer grande demora no atendimento, isso, pode por si só, demonstrar uma ação negativa ao toque da campainha. Estudo realizado por Tzeng (2010), em quatro hospitais localizados na região do meio oeste dos Estados Unidos da América, com 641 profissionais de enfermagem, revelou que 49% dos funcionários reconhecem que atender a campainha imediatamente é uma iniciativa importante para a segurança do paciente. Ainda, 77% dos funcionários concordam que essas chamadas são significativas, 52% entendem que as chamadas exigiam muita atenção do pessoal de enfermagem e 53% compreendem que atender as chamadas dos pacientes é um impedimento para realizar procedimentos de maior complexidade. Programar em conjunto com a infraestrutura revisões periódicas tanto das campainhas como das luzes de cabeceira auxiliam a manter o ambiente adequado e seguro.

Weston (2012, p. 4), em sua reflexão sobre a alta ocorrência de quedas em pacientes hospitalizados argumenta: “como o enfermeiro pode garantir que os pacientes terão um atendimento seguro, quando simplesmente não há pessoal suficiente no turno?”. Os resultados do estudo de Viana *et al.* (2011) também apontam a necessidade de maior número de técnicos de enfermagem para atender a grande demanda. Entretanto, só o dimensionamento adequado da equipe de enfermagem não é a solução para a prevenção de quedas.

Quanto à avaliação de circulação e organização do ambiente (Tabela 13), 10,2% (n=13) não possuíam fácil acesso aos seus pertences, 96,1% (n= 122) ainda possuíam móveis deslizantes sem travas (mesinha de cabeceira) e em 19,7% (n=25) foi verificado que o acesso ao banheiro não estava livre de objetos (poltronas, pias ou recipientes de lixo). No estudo realizado por Freitas *et al.* (2011), 15 (60%) dos profissionais consideraram como ponto negativo a existência de vários objetos e mobiliários na enfermaria, dificultando a circulação dos pacientes idosos.

O uso de calçados antiderrapantes é uma prática estimulada no ambiente hospitalar. Em quatro hospitais de Nova York e um da Alemanha fazem parte do kit de prevenção de quedas o uso de pulseira amarela e chinelo antiderrapante amarelo ou vermelho como identificador do paciente para risco de quedas (IHI, 2012). A avaliação dos fatores de risco para quedas em pacientes internados precisa ser um cuidado a ser desenvolvido no momento da internação e durante todo o período que ele permanece hospitalizado.

5.5 CARACTERÍSTICAS DA ACESSIBILIDADE E AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA CONFORME NORMAS DA ABNT 9050/2004

Verifica-se na Tabela 14 a acessibilidade espacial do idoso internado e o nível de segurança autorreferido.

TABELA 14 – ACESSIBILIDADE ESPACIAL DO IDOSO INTERNADO E NÍVEL DE SEGURANÇA AUTORREFERIDA. CURITIBA, 2013.

AUTORREFERIDA: GORNHA, 2019.					
Variáveis	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
ACESSIBILIDADE ESPACIAL DO IDOSO					
Dificuldades no deslocamento da porta de entrada ao setor de internação.	29	22,8%	98	77,2%	127
Transferência por cadeira de rodas	56	44,1%	71	55,9%	127
Transferência por maca	13	10,3%	114	89,7%	127
Transferência por deambulação	61	48,1%	66	51,9%	127
Acompanhados por familiares	87	68,5%	40	31,4%	127
Acompanhados por voluntários	45	35,4%	82	64,5%	127
Desacompanhados	11	8,6%	116	91,3%	127
DIFICULDADES RELACIONADAS À ACESSIBILIDADE					
Orientação/informação	6	4,7%	121	95,2%	127
Deslocamento	8	6,3%	109	85,8%	127
Uso	4	3,1%	123	96,8%	127
Comunicação	6	4,7%	121	95,2%	127
Outros	9	7%	118	92,9%	127
SEGURANÇA AUTORREFERIDA					
Deslocamento do setor p/exames/procedimentos	103	81,1%	24	19,9%	127
Segurança no deslocamento	88	85,4%	15	14,5%	103

FONTE: A AUTORA (2013)

Na Tabela 14 77,2% (n=98) idosos declararam não apresentar dificuldades para percorrer os espaços necessários entre a porta de entrada e o setor de internação. Este percurso foi realizado pelos idosos utilizando os seguintes meios de transferência: 44,1% (n=56) em cadeira de rodas, 10,3% (n=13) de maca, 48,1% (n=61) deambulando, 35,4% (n=45) acompanhados durante o percurso por um

voluntário, 68,5% (n=87) acompanhados por familiares e 8,6% (n=11) realizaram o percurso sozinho. Dos 22,8% (n=29) que relataram alguma dificuldade durante o percurso, esta se relacionou à: 4,7% (n=6) orientação e informação; 6,3% (n=8) deslocamento; 3,1% (n=4) uso (relativo à utilização dos equipamentos); 4,7% (n=6) comunicação e 7% (n=9) relacionaram às dificuldades a fatores externos. Ainda referente à acessibilidade 81% (n=103) saíram do setor durante o internamento para realizar exames ou procedimentos, os demais 19% (n=24) declararam ter realizados os exames via ambulatorial. Dos idosos que realizaram exames 85,4% (n=88) afirmaram se sentir seguros durante o deslocamento aos diversos setores e 14,5% (n=15) referiram insegurança, salientando a trepidação do transporte por maca e a dificuldade na entrada e saída do elevador, relativo ao uso de macas e cadeiras de rodas. Durante a entrevista, o idoso foi questionado a respeito da segurança no ambiente hospitalar, para interpretar as questões de acessibilidade autorreferidas observou-se os quatro componentes da acessibilidade espacial para idosos, identificados por Dischinger e Bins Ely (2006), a avaliação da estrutura física foi realizada conforme normas da ABNT 9050/2004 e a ocorrência de quedas. Boa sinalização, seja gráfica, tátil ou sonora e equipamentos em boas condições de uso possibilita maior autonomia aos usuários de espaços coletivos, diminuindo riscos de desorientação.

Castro (2010) discute, em sua tese, as dificuldades de acessibilidade a serviços de saúde, e aponta que 15,9% dos 333 entrevistados referem alguma dificuldade de acessibilidade. Da amostra total, 160 deles relataram alguma dificuldade auditiva, 35% desses referiram problemas em ouvir ou entender o que foi dito pelos profissionais de saúde. Outros problemas também foram apontados como tempo de espera e falta de estacionamentos. No estudo de Viana *et al.* (2011), os resultados apontam que 62,8% dos 25 profissionais de saúde entrevistados consideram a transferência de posição e/ou local como desencadeante do episódio de quedas intra-hospitalares, sendo necessária atenção redobrada pela equipe na realização desta tarefa.

Os resultados do estudo desenvolvido por Vasconcelos *et al.* (2006), com o objetivo de mapear as barreiras arquitetônicas de acesso aos serviços básicos de saúde, apontou que os acessos às unidades de saúde estão diretamente relacionados à circulação de sua população usuária e de materiais. A relação a ser considerada é do tipo funcional, e não de número. O acesso de pessoas, entre elas

os pacientes, acompanhantes, funcionários e alunos, devem possibilitar a entrada dos portadores de limitação física ou mobilidade reduzida ao prédio, sem a ajuda de terceiros, ou seja, com total autonomia. Segundo Pagliuca (2007) independente do seu caráter, as instituições de qualquer ordem são responsáveis pela segurança dos seus usuários e afirma que “nos hospitais, há necessidade de regras e normas destinada a definir e regulamentar a acessibilidade e segurança dos ambientes, como uma forma de prevenção de acidentes e segurança no deslocamento entre as pessoas”.

5.5.1 Circulação Interna

No Quadro 6 apresentam-se os itens observados de acessibilidade e segurança em relação à circulação interna [Itens adaptados da NBR9050/04] nos três setores onde se realizou a pesquisa.

	VARIÁVEIS	Resposta	UNIDADE DE INTERNAÇÃO			
			CMM	CMF	CCG	%
1.	O piso dos corredores e passagens é revestido com material não escorregadio?	Não Sim	x	x	x	100 ---
2.	O piso dos corredores e passagens é revestido com material regular, contínuo, e durável?	Não Sim	X	X	X	100 ---
3.	O piso dos corredores e passagens tem nivelamento contínuo, sem degraus?	Não Sim	X	X	X	100 ---
4.	As escadas tem sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento (0,02 m e 0,03 m de largura)?	Não Sim	X	X	X	100 ---
5	Obstáculos como lixeira, telefones públicos, extintores de incêndio e outros estão fora da zona de circulação?	Não Sim	X	X	X	100 ---
6	A sinalização visual é em cores contrastantes?	Não Sim	X	X	X	100 ---
7	Placas de sinalização e elementos suspensos projetados sobre a faixa de circulação estão a altura mínima de 210 cm em relação ao piso?	Não Sim	x	x	x	100 ---

Continua

Conclusão						
	VARIÁVEIS	Resposta	UNIDADE DE INTERNAÇÃO			
			CMM	CMF	CCG	%
8.	Telefone público, pelo menos 1 está a mínima de 1,5 m em frente à porta do elevador?	Não Sim	x	x	x	100 ---
9.	As portas têm vão livre mínimo de 80 cm?	Não Sim	x	x	x	100 ---
10.	As maçanetas são do tipo alavanca?	Não Sim	x	x	X	100 ---
11.	Há sinalização indicando “Risco de Quedas”?	Não Sim	X	x	X	100 ---
12.	Há corrimão em ambos os lados da escada?	Não Sim	x	x	X	100 ---
13.	Há frisos antiderrapantes nas escadas?	Não Sim	x	x	X	100 ---
14.	O caminho a ser percorrido pelo paciente é livre e sem obstáculos?	Não Sim	x	x	X	100 ---

QUADRO 6 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA CIRCULAÇÃO INTERNA.
CURITIBA, 2013

FONTE: CHEK LIST ADAPTADO SEGUNDO NORMAS DA NBR 9050/2004

No Quadro 6 observa-se que nos três setores, locais da pesquisa, o piso não é revestido de material antiderrapante (não escorregadio), mas é revestido de material regular, contínuo, e durável com nivelamento contínuo e sem degraus 100% (3). As escadas tem sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento e obstáculos como lixeira, telefones públicos, extintores de incêndio e outros estão fora da zona de circulação (100%, n=3). A sinalização visual é em cores contrastantes, sendo a cor padrão do hospital bordô e branco (100%, n=3), placas de sinalização e elementos suspensos projetados sobre a faixa de circulação está à altura mínima de 210 cm em relação ao piso (100%, n=3). Nos 03 setores (100%), o telefone público, não se encontra a distância mínima de 1,5 m em frente à porta de nenhum dos 05 elevadores do andar, existe telefone público, porém o deslocamento é maior do que 4 m da porta dos elevadores.

As portas têm vão livre mínimo de 80 cm e todas as maçanetas são do tipo alavanca 100% (n=3). Não há sinalização indicando “Risco de Quedas” nas áreas de circulação de nenhum dos setores 100% (n=3). Não há corrimão em ambos os lados da escada nem frisos antiderrapantes 100% (n=3). O caminho a ser percorrido pelo paciente não está livre e sem obstáculos, na Clínica Cirúrgica encontra-se maca e mesinhas com rodas deslizantes para procedimentos assistenciais. Na C.M.M. estão alocados no corredor o carrinho de emergência, mesinhas com rodas deslizantes

para materiais de uso nos isolamentos, na C. M. F também se encontram mesinhas com rodas deslizantes para materiais de isolamento 100% (n=3) (APÊNDICE 4).

Dos 14 itens avaliados na circulação interna 42,8% (n=6) não estão em conformidade com as orientações da NBR 9050/2004. Os dados encontrados são semelhantes aos do estudo realizado por Pagliuca *et al.* (2007), sobre as barreiras físicas encontradas pelos portadores de deficiência física e mobilidade reduzida em áreas internas de quatro hospitais de Sobral no Ceará, tendo como base as normas da NBR 5090/2004.

5.5.2 Circulação Vertical: Elevadores

No Quadro 7 apresentam-se os itens observados de acessibilidade e segurança (adaptados da NBR9050/04) em relação à circulação vertical.

	VARIÁVEIS	Resposta	UNIDADE DE INTERNAÇÃO			
			CMM	CMF	CCG	%
1.	A porta de elevador tem vão mínimo de 80 cm?	Não Sim	X	X	X	100
2.	O tempo de permanência da porta aberta está entre 5s e 15s?	Não Sim	X	X	X	100
3.	O elevador tem dimensão mínima de cabine de 110 cm por 140 cm?	Não Sim	X	X	X	100
4.	O revestimento do piso da cabine tem superfície dura e antiderrapante, permitindo uma fácil manobra da cadeira de rodas?	Não Sim	X	X	X	100
5.	O piso da cabine tem cor contrastante com a do piso do pavimento?	Não Sim	X	X	X	100
6.	Ao abrir a porta o piso do elevador se encontra no mesmo nível que o piso do saguão, sem formação de desnível?	Não Sim	X	X	X	---
7.	Existe sinalização tátil de alerta às portas dos elevadores, em cor contrastante com a do piso, com largura entre 0,25 m a 0,60 m.?	Não Sim	X	X	X	100
8.	Os comandos de emergência estão agrupados na parte inferior do painel de comandos da cabine?	Não Sim	X	X	X	100

QUADRO 7 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA DA CIRCULAÇÃO VERTICAL NOS SETORES DE INTERNAÇÃO PESQUISADOS. CURITIBA 2013.
FONTE: CHEK LIST ADAPTADO SEGUNDO NORMAS DA NBR 9050/2004

O Quadro 7 mostra que a circulação vertical está padronizada nos três setores e todos estão de acordo com as normas da NBR 9050/2004 exceto em relação à existência de sinalização tátil de alerta na porta dos elevadores, que apenas possui sinalização visual em cor contrastante com a do piso (APÊNDICE 4).

5.5.3 Sanitários

No Quadro 8 apresentam-se os itens observados referente à acessibilidade e segurança (adaptados da NBR9050/04) nos sanitários existentes nas enfermarias das 03 unidades de internação.

VARIÁVEIS	Resposta	UNIDADE DE INTERNAÇÃO			
		CMM	CMF	CCG	%
Existem barras na lateral e no fundo, junto à bacia sanitária, para apoio e transferência?	Não Sim	X	X	X	100
As bacias sanitárias estão a uma altura entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, medidas a partir da borda superior, sem o assento?	Não Sim	X	X	X	100
Existem barras de apoio próximo ao chuveiro?	Não Sim	X	X	X	100
O Box possui abertura com fácil acesso?	Não Sim	X	X	X	100
O piso instalado é antiderrapante e sem desníveis?	Não Sim	X	X	X	100
Há sinalização indicando “Risco de Quedas”?	Não Sim	X	X	X	100

QUADRO 8 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E SEGURANÇA NOS SANITÁRIOS DOS SETORES DE INTERNAÇÃO PESQUISADOS. CURITIBA, 2013
FONTE: CHEK LIST ADAPTADO SEGUNDO NORMAS DA NBR 9050/2004

No Quadro 8 constata-se que não existem barras padronizadas na lateral e no fundo, junto à bacia sanitária para apoio e transferência nas três unidades (100%), na maioria existe barras laterais, mas nem todas fixadas de forma funcional e segura e nenhum sanitário possuía barras no fundo. Segundo Daré (2006, p.6) as barras de apoio no espaço do chuveiro “são itens que proporcionam conforto e segurança, e devem ser instaladas, mesmo quando não são necessárias”. As barras quando instaladas próximo aos vasos sanitários, podem ser utilizadas como um apoio ao ato de erguer-se. Os vasos sanitários também não estão na altura adequada 100% (n=3), entre os 15 sanitários apenas 01 (6,6%) construído no período da pesquisa possui o vaso elevado na base. Ainda segundo Daré (2006) os vasos sanitários nas dimensões que estão apresentados e fora do padrão ABNT, geram desconforto ao idoso, já que o ato de curvar-se e/ou erguer-se são limitadores da mobilidade. O aumento da altura na base pode não ser significativo, porém cria um conforto e

segurança na utilização deste equipamento. Todos os boxes com chuveiro possuíam pelo menos uma barra de apoio 100% (n= 15).

Os resultados do estudo realizado por Paerson *et al.* (2011) apontam a falta de barras no banheiro, como o primeiro item na lista de fatores extrínsecos para ocorrência de quedas. Abreu *et al.* (2012), indicam a colocação de barras de suporte nos sanitários, junto aos vasos, pias e chuveiros como redutor da incidência do número de quedas em ambiente hospitalar. O piso das três unidades pesquisadas não é antiderrapante, porém não é extremamente liso, segundo o serviço de infraestrutura da instituição, está adequado conforme RDC50. Infere-se, que os sanitários dos 03 setores não estão em conformidade com as normas da NBR 9050/2004, podendo ser um fator predisponente ao evento de quedas (APÊNDICE 4).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de cuidados interdisciplinares, direcionados à prevenção de quedas no ambiente intra-hospitalar e que envolvam todos os setores que prestam assistência direta ou indireta ao paciente.

A ocorrência de quedas no ambiente familiar ou em áreas externas durante os últimos 12 meses abrangeu a maioria dos idosos, e desses nove sofreram quedas durante a hospitalização, relacionadas a questões assistenciais, como o período prolongado de jejum, síncope e tentativas de ir ao banheiro sem supervisão direta.

As quedas ocorreram na enfermaria e/ou à beira do leito, seguida do banheiro e sala de exames. Destacaram-se como fatores intrínsecos para quedas nos idosos hospitalizados a associação entre a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e a presença de tontura ao levantar do leito, o que demonstra a importância da avaliação da enfermeira por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a avaliação do risco de queda no momento inicial da internação na unidade.

Os resultados apontam a ausência do acompanhante em seis dos nove casos de quedas. Conclui-se que o cuidado de enfermagem atual, que envolve a orientação ao paciente, alcança parcialmente o objetivo da prevenção de quedas, evidenciado pela maioria dos pacientes, que referiram não receber orientações para prevenção de quedas. Ainda, mostram a subnotificação deste evento, no qual apenas quatro dos nove casos foram notificados.

O perfil sociodemográfico e clínico do idoso hospitalizado evidenciou a incidência do gênero masculino, entre 60-69 anos que utilizam medicações de uso contínuo e empregam algum tipo de tecnologia assistiva, como suporte para as atividades do dia a dia.

Recomenda-se junto aos Enfermeiros, a intensificação das orientações para a equipe de enfermagem, paciente e familiar referente à necessidade da presença do acompanhante, bem como, sobre os riscos de quedas. Sugere-se ainda a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e tornar mais intenso os comportamentos que estimulam o paciente a permanecer fora do leito, sob supervisão direta, com o intuito de diminuir os fatores de risco relacionados à cascata de dependência e imobilidade. A aplicação do protocolo de prevenção de

quedas e realização de notificações são medidas essenciais para conhecer o perfil real deste evento.

No presente estudo não houve relevância estatística entre a associação de quedas intra-hospitalar e medicação de uso contínuo. Salienta-se esse resultado, uma vez que a literatura nacional e internacional considera o uso de medicamentos como fator de risco para quedas em idosos, evidenciando a necessidade de ponderar os riscos e benefícios, do uso de medicamentos em idosos.

São pertinentes as discussões interdisciplinares entre os profissionais da área médica, farmacêutica e enfermagem, com objetivo de rever, continuamente, a prescrição e administração de fármacos, as interações medicamentosas, os horários de administração e uso de drogas, proporcionando a melhor individualização dos cuidados. Do mesmo modo, é relevante o apoio do serviço social para os casos específicos, em que a família não disponibiliza um membro para acompanhar o idoso internado.

Manter uma infraestrutura segundo os padrões mínimos de segurança é prioridade para que todos os cuidados desenvolvidos, não venham a expor o paciente a riscos desnecessários. O hospital possui boa infraestrutura nas alas das enfermarias, com a presença de camas com grades e sistema elétrico que permite adaptar a posição e a altura da cama conforme necessidades dos pacientes. Considera-se o ambiente organizado com presença de campainha e luz de cabeceira em todas as enfermarias e banheiros. No entanto, encontram-se alguns objetos de risco extrínsecos nas enfermarias como os móveis de cabeceira deslizantes sem travas, a campainha fora do alcance do paciente e pavimentação lisa.

A NBR9050/2004 evidencia não somente a segurança, mas a acessibilidade que é fundamental nas instalações hospitalares. Apontam-se, como destaque negativo nos fatores extrínsecos, as instalações sanitárias, que não estão de acordo com a legislação e oferecem risco para ocorrência de quedas. Recomenda-se realizar levantamento das condições das instalações sanitárias e apresentar propostas de adequação conforme NBR 9050 à direção da instituição. Providenciar frisos antiderrapantes nas escadarias e sinalizar espaços críticos para o risco que quedas. Retirar ou adaptar os desníveis no piso do banheiro e complementar a instalação de barras de apoio, do mesmo modo na parte externa do chuveiro, para proporcionar ponto de apoio no momento do paciente se vestir.

Algumas limitações foram encontradas durante a pesquisa como o número de pacientes internados na Clínica de Cirurgia Geral, que permaneceram apenas 24 horas, a escassa disponibilidade de referências bibliográficas referentes à especificidade do tema intra-hospitalar e sobre o perfil clínico diferenciado dos participantes da pesquisa.

Desenvolver estudos que avaliem a eficácia dos cuidados direcionados à prevenção de quedas no contexto hospitalar podem redesenhar as formas de cuidado, focando esforços nas medidas preventivas que demonstram resultados eficazes. Sugere-se o desenvolvimento de estudos futuros, que objetivem a temática, com a finalidade de caracterizar as quedas ocorridas no ambiente intra-hospitalar e identificar fatores da baixa adesão às notificações e/ou motivo das subnotificações.

A implantação de Núcleos de Segurança do Paciente em cada instituição hospitalar, seja pública ou privada, tornou-se obrigatória por meio do Protocolo de Prevenção de Quedas proposto pelo Ministério da Saúde. Essa obrigatoriedade corrobora à necessidade de melhorar a qualidade e segurança na assistência hospitalar.

Ressalta-se que a enfermagem atua como o alicerce dos programas de prevenção de quedas, contudo, o sucesso do mesmo depende da interdisciplinaridade e responsabilidade individual, em aderir à cultura de segurança institucional de todos os profissionais que prestam assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. *et al* . Falls in hospital settings: a longitudinal study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 597-603, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/02/2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050/2004**. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.mpdft.gov.br/sicorde/NBR9050-31052004.pdf>>. Acesso em: 15/04/2012.

ALVARES, L. M; LIMA, R. da C; SILVA, R. A. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 31-40, jan. 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Boletim Informativo**, v. 1, n. 1, Brasília, 2011.

_____. Relatório Geral de Eventos Adversos 2011 e 2012. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/.../relatorios/.../relatorio_geral_EA_2011_1S>. Acesso em 10/11/2013.

ALMEIDA, R. A. R. *et al*. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série, v. 2, p. 2163-2172, 2010.

ALMEIDA, S. T. *et al*. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. **Rev Assoc Med Bras**. 58(4):427-433. 2012

ALVES, I. A. L, *et al*. Idosos em um hospital universitário e em um hospital geriátrico. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**. 56(1): 7-11. 2011.

AMS. 55^a World Health Assembly - WHA. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/pt/oms-em-africa/governanca/assembleia-mundial-da-saude.html>>. Acesso em 10/10/2013.

ASSESSORIA DE GESTÃO DA QUALIDADE (UFPR/HC/AGQ) – Relatório Análise de Quedas, Pasta 2012 - 2013.

BARSTED, L. L.; J PITANGUY. J. (Org.) ONU Mulheres. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPia; Brasília, 2011.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, p.1-7, 1994.

BORGHI, A. C. S. **As complicações pós-operatórias do paciente idoso e as implicações ao cuidado de enfermagem gerontológico**. 147f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

BOLINA A. F. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados **Rev Rene.**, v. 14, n. 2, p. 354-63, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/909>> Acesso em: 12/09/2013.

BRASIL. Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003, dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 13/09/2013.

_____. **Declaração de Brasília sobre Envelhecimento**. In: Seminário mundial do envelhecimento: Uma Agenda para o Século XXI, 1 a 3 de julho de 1996, Brasília. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/antartica/Palestra%206.htm>>. Acesso em: 12/12/2012.

_____. **Lei nº 10.098, de 19 de Dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm>. Acesso em: 20 /09/2012.

_____. Ministério da Saúde Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional em Pesquisa. **Resolução Nº 196 – Sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI**.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília. 192 p. 2007.

_____. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponível em: < www.datasus.gov.br/ > Acesso em 10/10/2013.

_____. Ministério da Saúde/ ANVISA / Fiocruz. Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Protocolo Prevenção de Quedas**, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf> Acesso 02/08/2013.

_____. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal** – Resultados Principais. Brasil, 2010. Disponível em: [bvsms. <saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf) Acesso em 10/10/2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 61, p. 777-781, 2003.

BROWN C. J. *et al.* The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. **J Am Geriatr Soc.**, v. 57, n. 9, p.1660-1665, sep. 2009.

BUKSMAN, S. *et al.* **Quedas em Idosos: Prevenção**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia- Projeto Diretrizes – 2008

CALVO et al. Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». **Revista ROL de Enfermería**. 24(1): 25-30. 2001.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D da. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc. e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set. 2010.

CARVALHAIS M. D. e SOUSA L.; Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. **Revista de Enfermagem Referência**, III Série - n.3, mar. 2011.

CASSIANI, S. H. B. (Org.) **Hospitais e Medicamentos**. Impactos na segurança dos pacientes. São Paulo: Yendis, 2010.

CASTRO, I. R. S. *et al.* Perfil de quedas no ambiente hospitalar: a importância das notificações do evento. **Rev Eletrônica de Acreditação**, v. 01, 2011. Disponível em: <www.cbacred.org.br/ojs/index.php/Acred01/article/view/57> Acesso em 14/11/2012.

CASTRO, S. S. de. Acessibilidade de pessoas com deficiência a serviços de saúde em áreas do Estado de São Paulo - Projeto AceSS. 2010. 192 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-23092010-103154/>>. Acesso em: 09/09/2013.

CHAVES W. F. *et al.* Os idosos e os fatores que predis põem às quedas EFDeportes.com, **Revista Digital**. Buenos Aires, Año 17, n. 173, out. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd173/os-idosos-e-quedas.htm>> Acesso em: 05/05/2013.

CHEUNG, C. W. *et al.* An audit of postoperative intravenous patientcontrolled analgesia with morphine: Evolution over the last decade. **European Journal of Pain**, v.13, n.5, p. 464–471, 2008.

CINTRA, E. A. *et al.* Use of quality indicators for evaluation of nursing care: nurses opinions. **J Health Sci Inst.**, v. 28, n.1, p. 29-34, 2010.

CORDEIRO, R. C. *et al.* Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic out patients. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** São Paulo, v. 53, n. 7, p. 834-843, out. 2009.

COSTA, A. G. S. *et al.* Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos **Rev. Eletr. Enf.** [on-line] j v. 13, n. 3, p. 395-404, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a04.htm>> Acesso em: 18/06/2013.

COSTA-DIAS, M. J. M. da. *et al.* Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser III, n. 9, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13/07/ 2013.

CREDITOR, M. C. Hazards of hospitalization of the elderly. **Ann Intern Med.** 118(3), 219-223, 1993.

CRUZ, D. T. *et al.* Prevalência de quedas em idosos **Rev Saúde Pública.** v. 46, p. 138-146, 2012.

CURRIE L. M. Fall and injury prevention. **Annu Rev Nurs Res.**, v.24, p. 39-74, 2006. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653/>>. Acesso em: 02/02/2013.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS) **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.** Relatório Técnico Final. 2011.

DARÉ, A C. A percepção do idoso do meio ambiente doméstico: um processo inclusivo **7º Congresso de Pesquisa & Desenvolvimento em Design**, Paraná 2006.

DOWNTON J. Falls in the elderly. En **textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**(4thEd.) Brockklehurst et al. Churchill Livingsstone, p. 318-323. 1992.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enfer:** Brasília, v.59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DISCHINGER, M.; BINS ELY, V. H. M. Promovendo acessibilidade nos edifícios públicos: guia de avaliação e implementação de normas técnicas. Santa Catarina: Ministério Público do Estado, 2006.

DUARTE, M.C.F.N.C. Caracterização e impacte das quedas de doentes, como indicador de qualidade, num hospital E.P.E. Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa. **Mestrado de Gestão em Saúde.** 2011.

FAUSTINO C. G.; MARTINS M. A.; JACOB-FILHO W. Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes idosos ambulatoriais de clínica médica. **Einstein**, v. 9, n. 1, p.18-23, 2011.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar qualidade em instituições de saúde.** São Paulo. Martinari, 2004.

FELDMAN, L. B. (Org) **Gestão de Riscos e Segurança Hospitalar.** São Paulo: Martinari. 376p, 2008.

FOCHAT, R. C. *et al.* Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, ***Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences***, v. 33, n.3, p. 447-454, 2012.

FOLSTEIN, M. F. *et al.* "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. ***Journal of Psychiatric Research***, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FREITAS, R. *et al.* Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação. ***Rev. bras. enferm.*** Brasília, v. 64, n. 3, Jun 2011a.

FREITAS, R. R. *et al.* Análise da ocorrência e de fatores relacionados aos eventos Adversos do tipo queda, em pacientes idosos internados em um Hospital ensino de Goiânia Goiás. In: 63ª Reunião Anual da SBPC, 2011, Goiânia. 2011b.

GAZZOLA J. M. *et al.* Realidade virtual na avaliação e reabilitação dos distúrbios vestibulares. ***Acta ORL.***, v. 27, n. 1, p. 22-27, 2009.

GIRONDI, J. B. R.; VIEIRA, G. B.; ALVAREZ, A. M. O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. ***Revista Eletr. Enf.***, v.13, n. 1, p. 78-89, 2011.

GODOI, A. F. ***Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais.*** 2. ed. São Paulo: Ícone, 2008.

GONÇALVES, L. H. T. Complexidade do cuidado na enfermagem gerontogeriatrica. ***Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*** Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 507-518, 2010.

GAWEUSZEWSKI, V. P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. ***Rev Assoc Med Bras.***, v.56, n.2, p. 162-167, 2010.

GUIMARÃES, L. H. C. T. *et al* Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários ***Revista Neurociências***, v. 12 , n.2, 2004.

HARADA, M. J. C. S. *et al.* [org.]. ***O Erro Humano e a Segurança do Paciente.*** São Paulo: Atheneu, 2006.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; ZAGONEL, I. P. S.; LENARDT, M. H. Envolvimento da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 362-367, 2007.

HENDRICH, A. Inpatient falls: lessons from the field. **Patient Safety & Quality Healthcare.**, p. 26-30, mai./jun. 2006.

HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Informações: dados HC em números.** Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/65> Acesso: 20/05/2012.

_____.Revista do Hospital. Edição Especial 50 anos. Agosto 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. (IBGE) **Características da população e dos domicílios: resultados do universo.** Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf. Acesso em: 10/ 03/2013.

_____.Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm.> Acesso em 05/09/ 2013.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT(IHI). University Road, Cambridge, 2012. Disponível em :<<http://www.ihl.org/offerings/MembershipsNetworks/MentorHospitalRegistry/Pages/FallsPrevention.aspx>.> Acesso em 15/10/2013.

JAHANA, K. O. & DIOGO, M. J. D'E. Quedas em Idosos: Principais causas e consequências. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 17, p. 148-153. São Paulo, 2007.

JUSTO A. **Queda como mecanismo de trauma mais frequente em idosos.** (Monografia) Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência. ESAP Instituto de Estudos Avançados e Pós – Graduação. Londrina, 2010.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

KLEIN, C. H; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In MEDRONHO R. A. *et al.* **Metodologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

KULIK, C. *et al.* Components of a comprehensive fall-risk assessment. IN: Special Supplement to American Nurse Today - **Best Practices for Falls Reduction: A Practical Guide**, v. 6 n. 2, Mar. 2011 disponível em : <<http://www.americannursetoday.com/article.aspx?id=7634>>. Acesso 03/10/2013.

KURCGANT, P.; MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R. Indicadores para avaliação de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 61, n. 5, p, 539-544, 2008.

KUZNIER, T. P. **O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si**. 124 f. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

KUZNIER, T; LENARDT, M. O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. **Revista de Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**. v. 1 n. 1 p. 70-79, 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/29/77>. Acesso em: 24/06/2012.

LIMA-COSTA M. F. *et al* .Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008) **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. p. 3689-3696, 2011.

LIMA, R. S., CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.

LIU-AMBROSE, T. *et al.* Resistance and agility training reduce fall risk in women aged 75 to 85 with low bone mass: a 6-month randomized, controlled trial. **J Am Geriatr Soc.**, v. 52, p. 1-9, 2004.

LOURENÇO, T. M. **Capacidade funcional do idoso longo vivo em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba - PR** 133 p. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

LOPES, K. T. *et al.* Prevalência do medo de cair em uma população de idosos da comunidade e sua correlação com mobilidade, equilíbrio dinâmico, risco e histórico de quedas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, SP, v. 13, n. 3, p. 223-229, 2009.

LOPEZ D, *et al.* Falls, injuries from falls, health related quality of life and mortality in older adults with vision and hearing impairment-is there a gender difference? **Maturitas.**, v. 69, n. 4, p. 359-364. 2011.

MACEDO B.G. *et al.* Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional. Controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 3, p. 419-432, 2008.

MACHADO, T. R. *et al.* Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 32-38, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>> Acesso em: 20/03/2013.

MAZO, ET AL. Condições de saúde. Incidência de quedas e níveis de atividade física dos idosos . **Rev Bras Fisioter.** São Carlos, v. 11, n.6, p. 437-442, nov./dez., 2007.

MEDRONHO, R. A; *ET AL.* **Metodologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

MENDES, J. **Cuidado de Enfermagem ao Idoso no Centro de Terapia Semi Intensiva.** 87 f. [Dissertação]. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MESA,C. M.; CAMPS, R. M.; GARCIA, V.M. J. Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». **Revista ROL de Enfermeria**, v. 24, n. 1, p. 25-30, 2001.

MESAS, A. E. *et al.* Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.3 p.434-445, 2010.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008.

MESSIAS, M. G.; NEVES, R. F. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2009.

MONTALVO, I. The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI®). OJIN: **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 12, n. 13 - Disponível em: <[http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html)>.html. Acesso em 05/03/2013.

MONTSERRAT-CAPELLA, D. Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente - As perspectivas mundiais para a segurança do paciente - OPS/OMS.

Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/cursosaulas/eseminarios.html>> Acesso em 10/11/2013.

MORAES, E.N. et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MORAES, E.N; MEGALE, R.Z; Adaptação Ambiental In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MORAES, E.N; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R.; Principais Síndromes Geriátricas **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.

MORSE J.M. Development of a scale to identify the fall-prone patient. **Can J Aging** 8:366-7. 1989.

MUGAIAR, K. H. B; BORDIN, L. C.; FONSECA, A. S. Risco de queda de paciente: percepção do enfermeiro. **Nursing**. São Paulo., v. 7, n. 73, p. 30-35, 2004.

NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL(NCIPC) 2011, Disponível em: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/pubs.html> Acesso em: 10/05/2013

OLIVER, D. *et al*. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. **Age and Ageing**, v. 33, n. 2, p. 122-130, 2004.

OMS – Who global report on falls prevention in older age. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/>. Acesso em 27/02/2012.

ONA (Organização Nacional de Acreditação). **Manual da Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: 2010

PAGLIUCA, L. M. F. *et al*. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará . **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 581-588, 2007.

PAIVA, M. C. M. S.; *et al.* Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 287-294, jun. 2010.

PATATAS, O. H. G.; GANANÇA, C. F.; GANANÇA, F. F. Qualidade de vida de indivíduos submetidos a reabilitação vestibular. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 75, n. 3, p. 387-394, mai./jun. 2009.

PARAHYBA, M. I; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PAULA, F. L. *et al.* Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 13, n. 4, Dez. 2010.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 22, n. 4, editorial, 2009.

PERRACINI, M. R.; RAMOS L.R. Fatores associados a queda em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.

PERRACINI, M. R. *et al.* Fall-related factors among less and more active older outpatients. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 16, n. 2, p. 166-172, mar. 2012 .

PEREIRA, S.R.M. O idoso que cai. In: **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Caminhos do envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

PEARSON, K. B. *et al.* **Evidence-based Falls Prevention in Critical Access Hospitals**, 2011. Disponível em [http://flexmonitoring.org/documents/ Policy Brief24 Falls-Prevention.pdf](http://flexmonitoring.org/documents/Policy%20Brief24_Falls-Prevention.pdf) Acesso em: 10/11/2013.

PIMENTEL, R. M.; SCHEICHER, M. E. Comparação do risco de queda em idosos sedentários e ativos por meio da escala de equilíbrio de Berg. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 1, mar. 2009 .

PINTO COSTA I.C. Fatores de Risco de Quedas em Idosos: Produção Científica em Periódicos Online no Âmbito da Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 445-452, 2012.

PIOVESAN, A. C. *et al.* Fatores que predispõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 75-83, 2011.

RABELO, L. P. O. *et al.* Perfil de idosos internados em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 3, set. 2010 .

RAMOS, V.C. *et al.* Quedas em idosos de dois serviços de pronto atendimento do Rio Grande do Sul. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 13, n. 4, p. 703-713, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a15.htm>> Acesso em 10/09/2013.

REUBEN, D. B.; *et al.* Geriatrics At Your Fingertips. 12th Ed. New York: **American Geriatrics Society**. 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: método e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIBEIRO, L. C. C. R. *et al.* Percepções dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. **Cienc. Cui. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 220-227, abr./jun. 2009.

ROBINOVITCH, S. N. *et al.* Video capture of the circumstances of falls in elderly people residing in long-term care: an observational study. **The Lancet**, v. 5, n. 381(9860), p. 47-54, jun. 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01406736/381/9873>>. Acesso em 05/09/2013.

ROBINOVITCH, S. From Athletes to the Elderly: The Science of Trips and Falls. **The Wall Street Journal** - Sep 23, 2013 Disponível em: <http://www.sfu.ca/tips/news-and-events/> Acesso em 12 Nov 2013.

RODRIGUES, J. P. S.; **Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados**. 65p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) - Escola Superior de Saúde de Bragança. IPB. Bragança - Portugal, maio, 2012.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, dez. 2012.

ROTHBARTH, S. **Gestão da qualidade: um processo de acreditação hospitalar**. 192p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2011.

RUBENSTEIN, L. Z. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. **Age Ageing**. 35-S, 2:37-41, 2006.

SALES M.V. de C. *et al.* Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso **Geriatría & Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.4, n. 4, p. 238-246, 2010.

SARAIVA, D. M. R. F. *et al.* Quedas: indicador da qualidade assistencial. **Nursing**. Lisboa, v. 18, n. 235, p. 28-35, 2008.

SEIFFERT, L.; WOLFF, L.; WALL, M. A expertise de Nightingale e o manual brasileiro de acreditação de organizações de saúde. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 16, n. 3, p. 556-559, jul./ set. 2011.

SEIFFERT, L. S. **Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação**. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2011.

SHARPE, V.A., FADEN, A.I. **Historical, conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness**. Cambridge. Universsity Press; 1998.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 3, p. 422, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.11885>>. Acesso em: 20/03/2013.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* Prevalência de quedas em idosos e fatores associados **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 749-756, 2007.

SIQUEIRA, F. V. *et al.* . Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, sept. 2011.

SOUSA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Médica Portuguesa**, América do Norte, v. 19, p. 309-318, jul./ago. 2006. Disponível em:<<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/964/637>> Acesso em: 20/03/2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO.- SESP - Disponível em: <<http://www.portaldenoticias.saude.sp.gov.br/noticias/quedas-internam-3-idosos-por-hora-em-sp/>> Acesso em 10 Nov 2013.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE- SNA - Tribuna médica press. 2009. Disponível em: <<http://www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/15429-mais-de-quatro-mil-quedas.>> Acesso em: 03/02/2013.

SANTER,T.; BRUGGEMANN, C. F. V. P.; SILVA, O. M. P. Prevalência de Quedas Entre Idosos Frequentadores das Unidades Básicas de Saúde do Município de Palmitos, Santa Catarina, e Fatores Associados. **Rev. Saúde Públ.** Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 32-43, dez. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Quedas em Idosos: Prevenção. Elaboração Final: 26 de outubro de 2008. Participantes: Buksman S. *et al.* Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf> . Acesso em: 10/10/2012.

STREIT, I. A. *et al.* Aptidão física e ocorrência de quedas em idosos praticantes de exercícios físicos. **Rev Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, p. 346-352, 2011.

TINETTI, M. E. Preventing falls in elderly persons. **N Engl J Méd.**, v. 348, n. 1, p.42-914. 2003.

TODD, C. E.; SKELTON, D. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen: WHO. **Regional Office for Europe**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>> Acesso em: 03/10/2013.

TORRES, M.M *et al.* Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Rev Latinoam Enferm.**, v. 13, n.3, p. 299-304, 2005.

TZENG H.M. Perspectives of staff nurses of the reasons for and the nature of patient-initiated call lights: an exploratory survey study in four USA hospitals. **BMC Health Serv Res.**, v. 10, n. 52, p. 1-13, 2010. Disponível: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841165/pdf/1472-6963-10-52.pdf>> Acesso em: 05/04/2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. HC. **Informações: dados HC em números**. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/65> Acesso: 20/05/2012.
_____.Revista do Hospital.HC/UFPR. Edição Especial 50 anos. Agosto 2011.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division
World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables.
Working Paper No. ESA/P/WP.228. 2013.

VASCONCELOS, L. R. *et al*. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**. Dez; 10 (3): 494 - 500. 2006.

VERAS R. P. Prevenção de Doenças em Idosos **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, out, 2012.

VARGAS, M. A.O.; LUZ, A. M.H. Práticas seguras do/no cuidado de enfermagem no contexto hospitalar: é preciso pensar sobre isso e aquilo. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 1, p. 23-27, 2010.

VIANA, J.U. *et al*. Quedas intra-hospitalares na Santa Casa de Belo Horizonte MG são adequadamente relatadas? **Fisioter. Pesqui**. São Paulo, v.18, n. 1, p. 72-78, mar. 2011.

VIDIGAL M. J. M.; CASSIANO J. G. Adaptação Ambiental. In: Moraes E. M, editor. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**; Tradução de Rogério Videira. São Caetano do Sul:Yendis. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.(WHO)**World Alliance for Patient Safety**, 2008. Disponível em:< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>.> Acesso em: 10/02/2013.

_____.**World Alliance for Patient Safety Taxonomy**, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>.> Acesso em: 10/07/2013

_____. CISC _Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report. 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf> acesso em 05/05/2013.

WESTON, K. Preventing Falls and Keeping Patients Safe, **Kai Tiaki Nursing New Zealand**, v. 18, n. 4, p. 32, may. 2012.

WU H. Y.; SAHADEVAN, S.; DING, Y. Y. Factors associated with functional decline of hospitalised older persons following discharge from an acute geriatric unit. , v. 35, n. 1, p. 17-23. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	111
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ENTREVISTA).....	112
APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (CHECK-LIST/ABNT)..	115
APÊNDICE 4 - REGISTRO DE IMAGEM DA ESTRUTURA FÍSICA.....	117

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)


- a) O(a) senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa "O Cuidado Gerontológico de Enfermagem para a Prevenção de Quedas de Idosos em unidades de internação hospitalar".
- b) O objetivo deste estudo é propor cuidados de enfermagem específicos para os idosos para a prevenção de quedas durante seu internamento.
- c) Sua participação é voluntária e sua decisão, livre. Se não aceitar participar, sua recusa não afetará a assistência à sua saúde. Caso aceite, solicitaremos que inicialmente, assine este termo de consentimento. Depois, pediremos que responda a uma entrevista. A duração dessa entrevista dependerá do tempo das suas respostas, mas consideramos aproximadamente 25 minutos.
- d) Este estudo não oferece riscos; porém, caso o(a) senhor(a) sinta que qualquer questão lhe cause desconforto ou se mudar de ideia por outro motivo, sinta-se à vontade para recusar-se a responder a pergunta, ou até mesmo, retirar seu consentimento de participação neste estudo quando desejar, sem apresentar justificativa.
- e) O benefício esperado da pesquisa é trazer informações que contribuirão para a implementação de ações de enfermagem para prevenção de quedas, com foco de manter a capacidade de independência do idoso.
- f) A pesquisadora Prof.^a Dr.^a Maria Helena Lenardt e a mestrande Elide Vaccari são responsáveis pela pesquisa. Se desejar, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com essas pessoas por telefone no número (41) 3360 78 59 ou pessoalmente, no Setor de Clínica Médica do Hospital de Clínicas, à Rua General Carneiro, 180, 10.º andar, das 07:00h às 13:00h, de 2ª à 6ª feira.
- g) Como participante, o(a) senhor(a) poderá obter as informações que desejar, antes, durante e após a realização desta pesquisa. Caso tenha interesse, o(a) senhor(a) poderá ser informado de todos os resultados obtidos.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá solicitar a devolução do seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- i) As informações derivadas desta pesquisa serão utilizadas pelos membros do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos – GMPI e se forem solicitadas, serão apresentadas às autoridades legais. Nos estudos para publicações, os pesquisadores vão tratar a sua identidade com sigilo profissional e seu nome não aparecerá. Para manter a sua confidencialidade, será usado um código e o(a) senhor(a) não será identificado(a).
- l) O(a) senhor(a) não receberá qualquer compensação financeira para participar deste estudo. Agradecemos a sua participação.

Eu, _____ RG/ CPF _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar deste estudo. Fui informado e estou esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos e os potenciais benefícios e riscos envolvidos na minha participação. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem apresentar justificativa. Sei também que a minha decisão de continuar ou não participando desse estudo, não vai interferir no meu tratamento de saúde.

Curitiba, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do sujeito da pesquisa
Ou responsável legal.

Mestranda Elide Vaccari


MARIA JOSÉ MOCELIN
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do HC/UFPR
Matrícula 7462

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (ENTREVISTA)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
GRUPO MULTIPROFISSIONAL DE PESQUISA SOBRE IDOSOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I - Identificação e variáveis sócio-demográficas:

a) Nome _____

b) Endereço _____

c) Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino

d) Data de nascimento ____/____/____. ____anos

e) Qual a sua escolaridade? 1e. () Nenhuma 2e. () Primário

3e. () Ginásio ou 1º grau 4e. () 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente) 5e. () Curso superior

f) Atualmente qual o seu estado conjugal : 1f. () Casado/morando junto

2f. () Viúvo (a) 3f. () Divorciado(a) / separado(a) 4f. () Nunca casou

g) Possui algum acompanhante durante o internamento? () sim () não

Se sim, 1g. () somente durante o dia 2g. () somente durante a noite

3g. () durante as 24 horas

II - Variáveis Clínicas

1. O(A) Sr (a) utiliza medicamentos de uso contínuos? () Não () sim Qual?

a. () Diuréticos b. () Hipoglicemiantes c.

c. () Hipotensores (para baixar a pressão) d. () outros _____

2. O(A) Sr (a) necessita de algum suporte para sua locomoção ? () não () sim

Qual? a () bengala b () andador c () cadeira de rodas d () muletas

Outros _____

3. O(A) Sr (a) tem alguma dificuldade sensorial ? () não () sim. Qual?

a () auditiva b () visual c () tátil d () Outras _____

4. O(A) Sr (a) necessita utilizar algum destes instrumentos?

a () óculos. b () aparelho auditivo c () prótese dentária

5. O(a) Sr(a) realiza algum exercício físico em casa ou academia?

() sim () não Qual? _____

6. O(A) Sr (a) já sofreu alguma queda? () não () sim Como?

7. O(A) Sr (a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? () não () sim Como?

8. O(A) Sr(a) esteve hospitalizado(a) nos últimos doze meses? () não () sim

Por qual motivo? _____

9. O(A) Sr (a) encontrou alguma dificuldade de locomoção da entrada do hospital até seu setor de internamento? () não () sim Qual?

10. O(A) Sr(a) realizou este percurso :

a. () andando b. () de cadeira de rodas c. () de maca d. () sozinho

e. () acompanhado por um voluntário f. () acompanhado por um familiar

11. O(A) Sr (a) sentiu alguma dificuldade neste trajeto em relação a :

a () orientação ou informação b () caminhar c. () usar o elevador

d () subir ou descer escada e () Outras _____

12. Alguma vez durante o internamento ficou tonto ou perdeu o equilíbrio ao se levantar da cama? () não () sim

13. Alguma vez durante o internamento sofreu alguma queda? () não () sim

14. A queda causou alguma consequência? () não () sim. Qual?

15. Alguma vez saiu do setor para fazer exames ou procedimentos?

() não () sim

16. O(A) Sr(a) saiu do setor :

a. () andando sozinho b. () de cadeira de rodas c. () de maca

d. () acompanhado por um voluntário e. () acompanhado com um familiar

f. () outro. Qual? _____

17. Ao sair do setor para fazer exames ou procedimentos, em algum momento sentiu falta de segurança? () não () sim .

O Sr(a) estava:

a. () andando sozinho b. () na cadeira de rodas c. () na maca

Por quê? _____

18. Em algum momento durante a internação o(a) Sr(a) recebeu orientações para “prevenção de quedas” no ambiente hospitalar ? () não () sim

19. Que tipo de orientações recebeu?

() Orientações **faladas** pela Enfermagem

() Orientações **escritas** (por folder ou outros)

20. Pode repetir alguma orientação que o Sr (a) lembre?

21. O(A) Sr(a) acha que existe algum risco de cair dentro do hospital?

() não () sim Onde? _____

22. Durante o internamento na Clínica o Sr (a) realizou alguma sessão de fisioterapia motora? () sim () não

23. Verificação de itens relacionados a segurança.		
1.	A cama possui grades?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	As camas possuem rodas com travas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	Existe luz de cabeceira para uso noturno?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	A campainha está próxima ao paciente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.	Existe escadinha para acesso a cama?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	A escadinha possui protetores antiderrapantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.	O paciente possui fácil acesso aos seus pertences?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.	Existem móveis deslizantes sem travas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.	A mobília do quarto está organizada permitindo tráfego livre?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10.	O acesso até o banheiro está livre de objetos e mobílias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11.	O paciente utiliza calçado antiderrapante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (CHECK-LIST/ABNT).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM
GRUPO MULTIPROFISSIONAL DE PESQUISA SOBRE IDOSOS

Checklist estruturado adaptado da NBR 9050:2004 para análise do ambiente de internação.

Ambiente: () C. M. M. () C. M. F. () C. C. G.

1. Circulação Interna – [Itens adaptados da NBR9050/04]		
1.	O piso dos corredores e passagens é revestido com material não escorregadio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	O piso dos corredores e passagens é revestido com material regular, contínuo, e durável?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	O piso dos corredores e passagens tem nivelamento contínuo, sem degraus?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	As escadas tem sinalização visual na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento, medindo entre 0,02 m e 0,03 m de largura?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.	Obstáculos como lixeira, telefones públicos, extintores de incêndio e outros estão fora da zona de circulação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	A sinalização visual é em cores contrastantes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.	Placas de sinalização e outros elementos suspensos que tenham sua projeção sobre a faixa de circulação estão a uma altura mínima de 210 cm em relação ao piso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.	Se a há telefone público, pelo menos 1 (um) deles está a mínima de 150cm em frente à porta do elevador?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.	As portas têm vão livre mínimo de 80 cm?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10.	As maçanetas são do tipo alavanca?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11.	Há sinalização indicando “Risco de Quedas”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12.	Há corrimão em ambos os lados da escada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.	Há frisos antiderrapantes nas escadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14.	O caminho a ser percorrido pelo paciente é livre e sem obstáculos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

2. Sanitários [Itens adaptados da NBR9050/04]		
1.	Existem barras na lateral e no fundo, junto a bacia sanitária, para apoio e transferência?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	As bacias sanitárias estão a uma altura entre 0,43 m e 0,45 m do piso acabado, medidas a partir da borda superior, sem o assento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	Existem barras de apoio próximo ao chuveiro?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	O Box possui abertura com fácil acesso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.	O piso instalado é antiderrapante e sem desníveis?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	Há sinalização indicando “Risco de Quedas”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

3. Circulação Vertical: Elevadores [Itens adaptados da NBR9050/04]		
1.	A porta de elevador tem vão mínimo de 80 cm?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	O tempo de permanência da porta aberta está entre 5s e 15s?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	O elevador tem dimensão mínima de cabine de 110 cm por 140 cm?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	O revestimento do piso da cabine tem superfície dura e antiderrapante, permitindo uma fácil manobra da cadeira de rodas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.	O piso da cabine tem cor contrastante com a do piso do pavimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	Ao abrir a porta o piso do elevador se encontra no mesmo nível que o piso do saguão, sem formação de desnível?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.	Existe sinalização tátil de alerta às portas dos elevadores, em cor contrastante com a do piso, com largura entre 0,25 m a 0,60 m. ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.	Os comandos de emergência estão agrupados na parte inferior do painel de comandos da cabine?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.	Há corrimão fixado nos painéis laterais e de fundos da cabine?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10.	A cabina tem iluminação elétrica com no mínimo duas lâmpadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

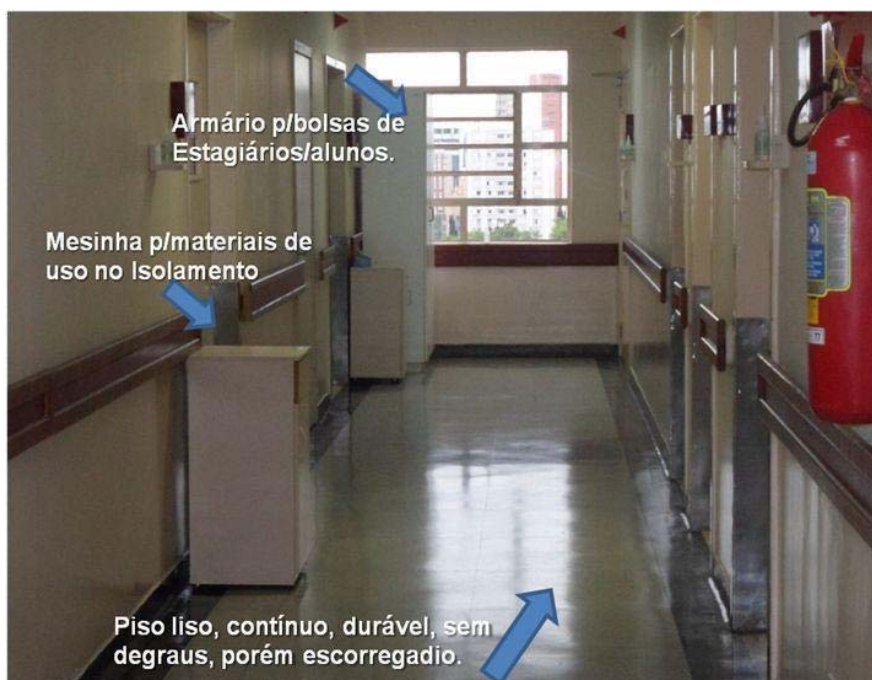
APÊNDICE 4 - REGISTRO DE IMAGEM DA ESTRUTURA FÍSICA

1.CIRCULAÇÃO INTERNA

Itens observados de acessibilidade e segurança em relação à circulação interna [adaptados da NBR9050/04].



CORREDOR DA CMM .
FONTE: A AUTORA (2013).



CORREDOR DA CMF .
FONTE: A AUTORA (2013).



CORREDOR DA CCG.
FONTE: A AUTORA (2013).

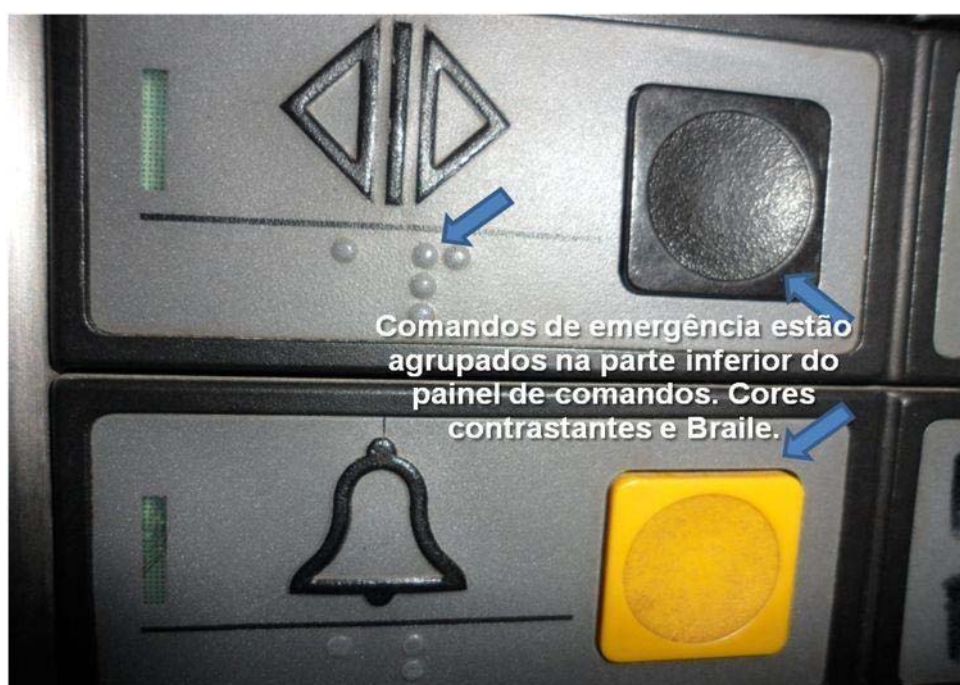


ESCADA PADRÃO ENTRE OS ANDARES.
FONTE: A AUTORA (2013).

2.CIRCULAÇÃO VERTICAL: ELEVADORES.



PORTA DE ELEVADOR PADRÃO EM CADA UM DOS 4 ELEVADORES DE CADA ANDAR.
FONTE: A AUTORA (2013).



PAINEL DE ELEVADOR PADRÃO EM CADA UM DOS 4 ELEVADORES DE CADA ANDAR.
FONTE: A AUTORA (2013).

3. SANITÁRIOS



BANHEIRO DA CCG.
FONTE: A AUTORA (2013).



BANHEIRO DA CMM.
FONTE: A AUTORA (2013).



BANHEIRO DA CMF.
FONTE: A AUTORA (2013).



ÁREA DE CHUVEIRO CMM.
FONTE: A AUTORA (2013).



ÁREA DE CHUVEIRO CMF.
FONTE: A AUTORA (2013).

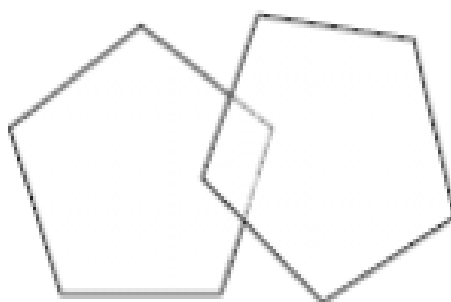
ANEXOS

ANEXO 1 - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	123
ANEXO 2 - PLANTA DA ÁREA FÍSICA DA C. M. F.....	124
ANEXO 2 - PLANTA DA ÁREA FÍSICA DA C. M. M. E CIRURGIA GERAL.....	125
ANEXO 4 – PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP.....	126
ANEXO 5 - AUTORIZAÇÃO PARA USO DA IMAGEM DA ESTRUTURA FÍSICA..	131
ANEXO 6 – PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE QUEDAS – POP 57 – HC.....	132

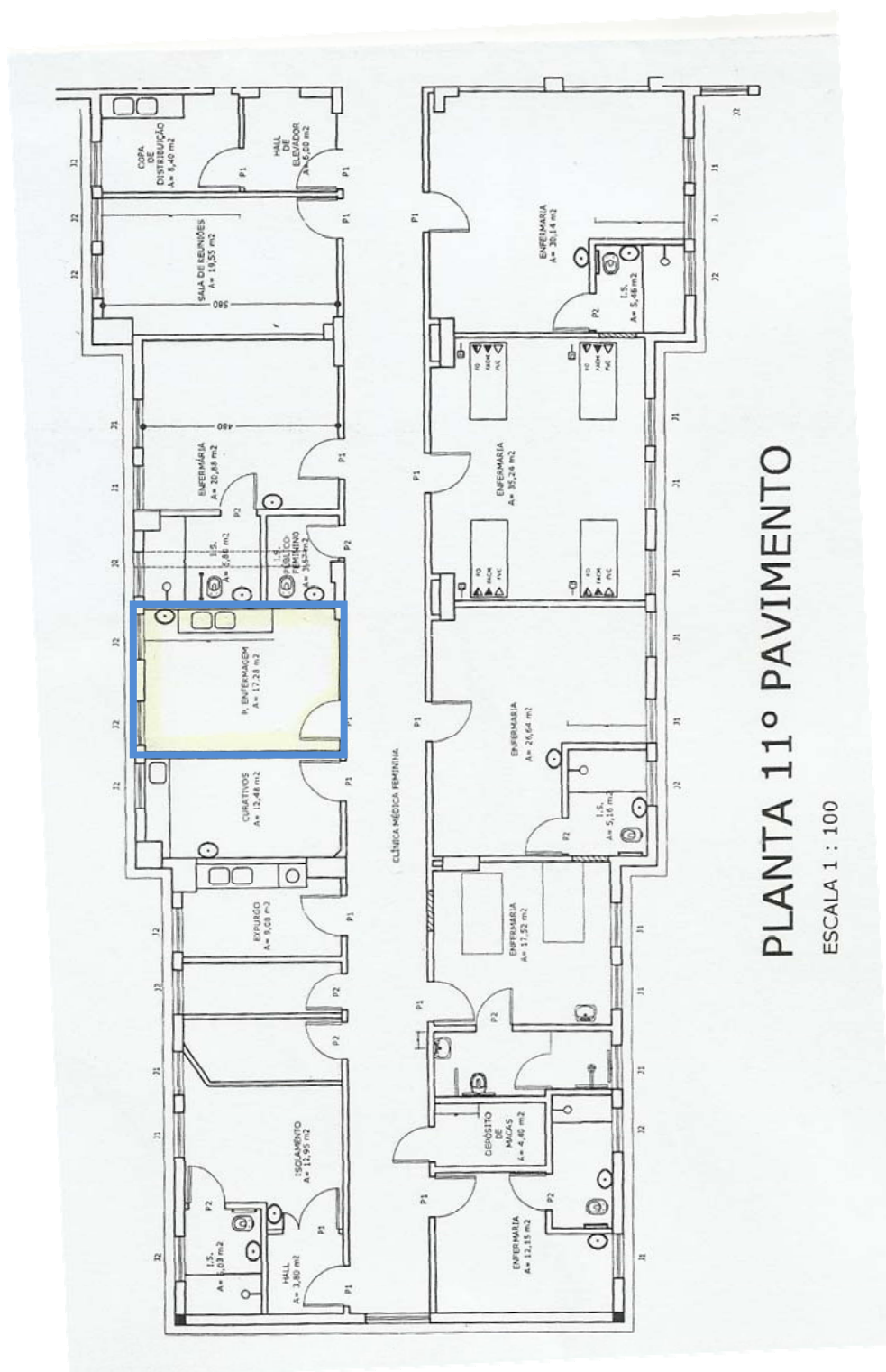
ANEXO 1 - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

		Pont	Máx.Pont.
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Em que ano estamos?		1
	Em que estação do ano estamos?		1
	Em que mês estamos?		1
	Em que dia da semana estamos?		1
	Em que dia do mês estamos?		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Em que estado nós estamos?		1
	Em que cidade nós estamos?		1
	Em que bairro nós estamos?		1
	Como é o nome dessa rua, ou esse endereço?		1
	Em que local nós estamos?		1
REGISTRO	Repetir: CARRO, VASO, BOLA. Solicitar que memorize.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$ ou soletrar a palavra MUNDO, e então, de trás para frente.		5
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	Quais os três objetos perguntados anteriormente?		3
NOMEAR 2 OBJETOS	Lápis e relógio		2
REPETIR	“Nem aqui, nem ali, nem lá”		1
COMANDO DE ESTÁGIOS	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio com ambas as mãos e coloque-a no chão		3
LER E EXECUTAR	Feche seus olhos		1
ESCREVER UMA FRASE COMPLETA	Escrever uma frase que tenha sentido		1
COPIAR DIAGRAMA	Copiar dois pentágonos com interseção		1
TOTAL			30

Frase: _____

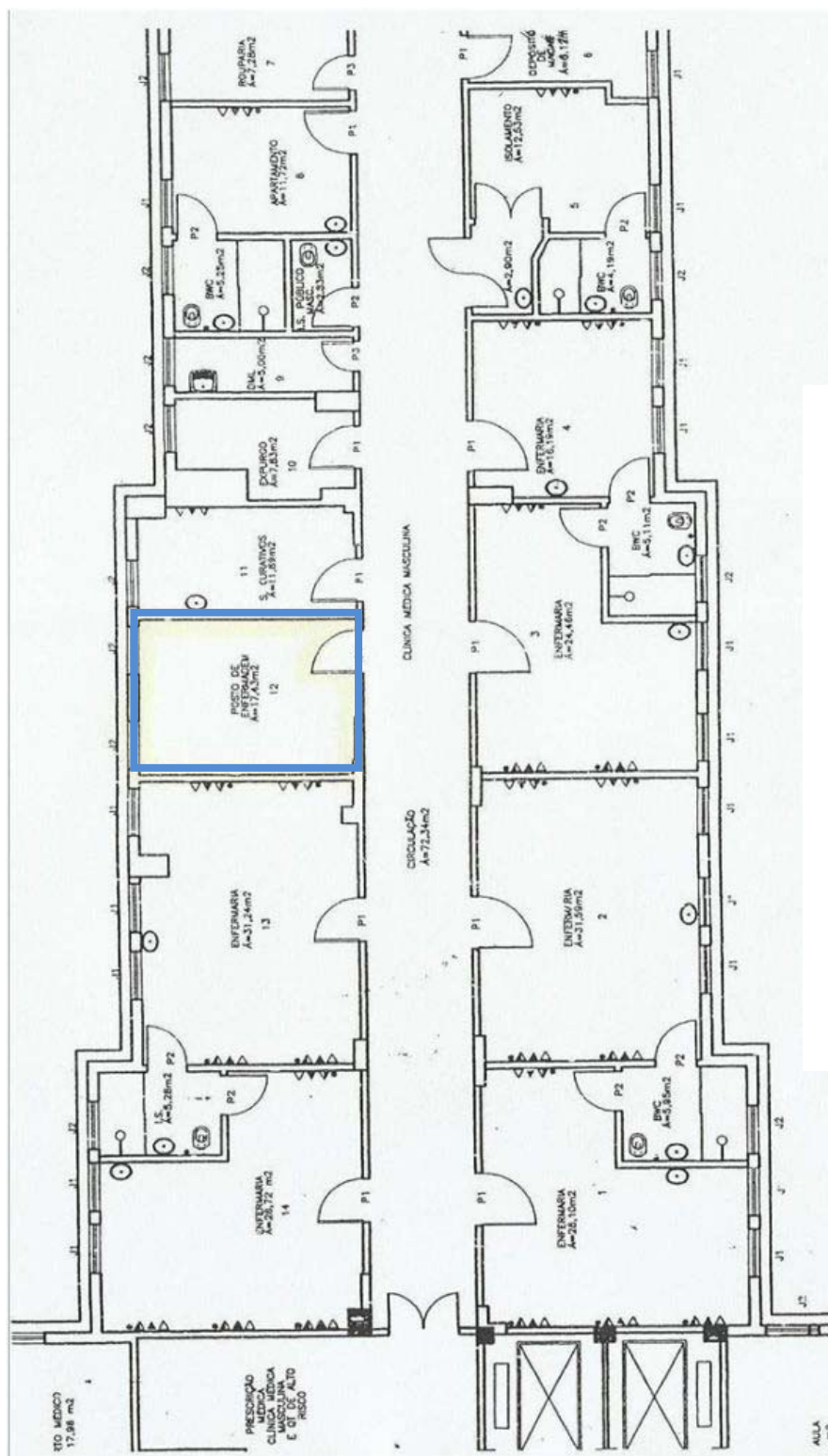


ANEXO 2 - PLANTA DA ESTRUTURA FÍSICA DA CMF



FONTE: UNIDADE DE INFRAESTRUTURA – ENGENHARIA SUPERVISÃO DE PROJETOS E OBRAS – 2010.

ANEXO 3 - PLANTA DA ESTRUTURA FÍSICA DA CMM E CG





PLANTA 10º E 8º PAVIMENTO

Escala 1:100

FONTE: UNIDADE DE INFRAESTRUTURA – ENGENHARIA SUPERVISÃO DE PROJETOS E OBRAS - 2013

ANEXO 4 – PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

 CEP/HC/UFPR	HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR											
PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: O Cuidado Gerontológico de Enfermagem para a Prevenção de Quedas de Idosos em Unidades de Internação Hospitalar												
Pesquisador: ELIDE VACCARI												
Área Temática:												
Versão: 1												
CAAE: 14066113.2.0000.0096												
Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná												
Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 231.500												
Data da Relatoria: 26/03/2013												
Apresentação do Projeto:												
<p>O envelhecimento globalizado do ser humano está começando a ser compreendido à medida que as nações investem em caminhos para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes. O Brasil possui hoje acima de 20 milhões de idosos. Com o aumento da expectativa de vida, há mudanças nas condições de saúde da população, especialmente na população idosa. Como exemplo dessas alterações, pode-se citar o maior número de doenças crônico-degenerativas, morbidade e incapacidade funcional. No Paraná em 2010 a população idosa representou 11,22% da população estadual, porcentagem maior que a média nacional que é de 10,79% (IBGE, 2010). No atual paradigma da assistência à saúde, o movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem é uma necessidade, mas antes de tudo um imperativo, a fim de que seja garantida ao usuário, uma assistência livre de riscos e danos. A promoção da segurança do paciente e especificamente a prevenção das quedas, constitui um desafio para os enfermeiros, estes profissionais de saúde precisam assumir uma atitude proativa no âmbito da investigação, formação e implementação de medidas preventivas. Uma das preocupações prioritárias nos sistemas de controle de qualidade da assistência é a segurança dos pacientes internados. No ambiente hospitalar a queda é motivo de intensas discussões entre os profissionais de saúde na tentativa de adotar estratégias para contê-las e desenhar o perfil de pacientes que sofrem quedas. As quedas sofridas pelos pacientes, durante o seu internamento, são uma das ocorrências mais importantes na quebra da sua segurança e são frequentemente</p>												
<table> <tr> <td>Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181</td> <td>CEP: 80.060-900</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Alto da Glória</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PR</td> <td>Município: CURITIBA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (41)3360-1041</td> <td>E-mail: cep@hc.ufpr.br</td> </tr> <tr> <td>Fax: (41)3360-1041</td> <td></td> </tr> </table>			Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	CEP: 80.060-900	Bairro: Alto da Glória		UF: PR	Município: CURITIBA	Telefone: (41)3360-1041	E-mail: cep@hc.ufpr.br	Fax: (41)3360-1041	
Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	CEP: 80.060-900											
Bairro: Alto da Glória												
UF: PR	Município: CURITIBA											
Telefone: (41)3360-1041	E-mail: cep@hc.ufpr.br											
Fax: (41)3360-1041												



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



responsáveis pelo aumento do número de dias de internamento e piores condições de recuperação. Essa preocupação permite à instituição o desenvolvimento de práticas mais seguras e geração de indicadores importantes. Os profissionais de saúde têm um papel crítico na identificação dos fatores de risco e de seus determinantes, na recomendação de intervenções baseadas em evidências e culturalmente apropriadas destinadas à prevenção, no tratamento e gerenciamento das lesões a elas relacionadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal: Propor cuidados gerontológicos de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos em unidades de internação da Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital de ensino.

Objetivos secundários: Identificar as características sócio-demográficas e clínicas dos idosos internados na Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital de ensino;

Investigar as condições de segurança no ambiente físico por meio do relato dos idosos internados nas unidades de realização do estudo;

Identificar as condições de segurança das unidades da Clínica Médica e Cirúrgica concernentes à prevenção de quedas em idosos;

Relacionar às condições existentes às normas propostas pela NBR9050/04 para a segurança no ambiente físico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora declara que não haverá riscos, porém, caso o sujeito sinta que qualquer questão lhe causa desconforto ou se mudar de ideia por outro motivo, será enfatizado que ele ou ela poderá recusar-se a responder a pergunta, ou até mesmo, retirar seu consentimento de participação no estudo quando desejar, sem apresentar justificativa.

Quanto aos benefícios esperados da pesquisa é trazer informações que contribuirão para a implementação de cuidados gerontológicos de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos em unidades de internação da Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital de ensino.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo quantitativo de corte transversal, da enfermeira mestrando da pós-graduação da enfermagem da UFPR Elide Vaccari com a orientação da Dra. Maria Helena Lenardt, cujo objetivo é propor cuidados gerontológicos de enfermagem para a prevenção de quedas em idosos em unidades de internação da Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital de ensino. O estudo será desenvolvido com idosos de 60 anos ou mais internados na Clínica Médica Masculina e Feminina e Clínica Cirúrgica. O recrutamento dos idosos será por conveniência e a amostra será definida por meio de período amostral compreendido entre abril a setembro de 2013 e mediante critérios de inclusão e exclusão. A coleta de dados será realizada em duas etapas simultâneas, junto aos

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



idosos e no ambiente físico das unidades: 1) junto aos idosos nas unidades de internação, por meio de entrevista com questões semi-estruturadas referentes à identificação, características sócio-demográficas e clínicas, a ocorrência de quedas e questões de segurança do ambiente; e 2) no ambiente físico com a utilização de um instrumento de checklist estruturado baseado na NBR 9050/2004 (ABNT/2004). Para análise dos dados será utilizada estatística descritiva (distribuição de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão). Os resultados serão apresentados em quadros, gráficos, tabelas e na redação descritiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados as cartas de concordância das unidades envolvidas, UNICLIN e UCIR assinadas pela gerente da unidade, supervisores médico e de enfermagem contemplando a ciência da diretora de enfermagem. Também estão presentes as declarações de uso específico do material e/ou dados coletados, declaração de tornar público os resultados e termo de confidencialidade. A análise de mérito está presente assim como a declaração do orientador. O TCLE está adequado em linguagem clara e acessível. Como instrumento de coleta de dados foram apresentados o teste do Miniexame do Estado Mental, instrumento com questões semi-estruturadas referentes à identificação, variáveis sócio demográficas e clínicas e o checklist (adaptado da NBR 9050/2004) para avaliação da estrutura da Clínica Médica Masculina e Feminina e Cirúrgica.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto tem relevância em razão dos significativos subsídios teóricos que poderá trazer para a prática na manutenção e/ou estimulação da independência funcional do idoso e segurança do paciente internado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP,

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

CURITIBA, 27 de Março de 2013

Assinador por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



9625



Curitiba, 09 de Agosto de 2013.

MONICA BUDNI
Assessora de Marketing

Solicito autorização para realizar registro fotográfico especificamente de **área física** das unidades de internação da Clínica Médica Masculina, Clínica Médica Feminina e Clínica Cirurgia Geral para subsidio do projeto "O Cuidado Gerontológico de Enfermagem para a Prevenção de Quedas de Idosos em unidades de internação Hospitalar".

Atenciosamente

Enfª Elide Vaccari - CMM -
Membro da Comissão de Acreditação Hospitalar -HC

Elide Vaccari
Enfª Auditora
COREN 157.496

A Arsenia MKT
Ciente, de acordo

Leila Soares Seiffert
Assessora de Gestão da Qualidade
Hospital de Clínicas - UFPR
Mat. 95800

A Ass. Gestão da Qualidade
Autorizado para as finali-
dade especificadas, lembrando
que são autorizadas apenas fotos
das instalações não sendo permi-
tido imagem de pacientes.

Monica Cristofolli Budni
Assessora de Marketing Institucional HC/UFPR
Telefone: 121268



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE - AGQ – Nº 057		Folha 01/07
UNIDADE FUNCIONAL/SERVIÇO/SEÇÃO Diretoria de Enfermagem – Assessoria da Gestão de Qualidade		
NOME DO PROCEDIMENTO PREVENÇÃO DE QUEDAS		
ELABORADO POR GT Prevenção de Quedas		DATA Set. a out/12
APROVADO POR Diretoria de Enfermagem		DATA 08/10/2012
REVISÕES	DATA	RESPONSÁVEL
1ª REVISÃO		
2ª REVISÃO		
3ª REVISÃO		
4ª REVISÃO		
REGISTRO DE PÁGINAS QUE FORAM ALTERADAS E SUBSTITUÍDAS		
1ª REVISÃO		
2ª REVISÃO		
3ª REVISÃO		
4ª REVISÃO		



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE - AGQ – N° 057</p>	<p align="center">Folha 02/07</p>
<p>Unidade Funcional/Serviço/Seção</p>	
<p>Diretoria de Enfermagem – Assessoria da Gestão de Qualidade</p>	
<p>Nome do Procedimento</p>	
<p>PREVENÇÃO DE QUEDAS</p>	
<p>Objetivo do Procedimento</p>	
<p>Prevenção de quedas dos pacientes HC/UFPR</p>	
<p>INTRODUÇÃO</p>	
<p>As quedas são um dos eventos adversos mais frequentes nos hospitais e podem ter consequências físicas, psicológicas e sociais. Habitualmente, estes eventos traduzem-se num aumento do período de internamento e de dependência da pessoa, com conseqüente acréscimo de custos econômicos e sociais. Este tipo de situação é, por isso, considerada como importante indicador da qualidade assistencial (Calvo, 2001; Mugaiar, 2004; Saraiva et al., 2008).</p> <p>Dentro da área de quedas e de sua prevenção, os profissionais de saúde têm um papel crítico na identificação dos fatores de risco e determinantes das quedas, e na recomendação de intervenções baseadas em evidências e culturalmente apropriadas destinadas à prevenção, tratamento e gerenciamento das quedas e das lesões a elas relacionadas (OMS, 2006).</p>	
<p>DEFINIÇÃO</p>	
<p>Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, provocada por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade. (STUDENSK; WOLTER, 2002)</p>	
<p>Tipo de Quedas:</p>	
<p>Paciente se desloca de maneira não intencional indo o corpo ao chão;</p>	
<p>Paciente e amparado durante a queda (mesmo que não chegue ao chão);</p>	
<p>Paciente escorrega de uma cadeira/poltrona/vaso sanitário para o chão.</p>	



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE - AGQ – N° 057</p>	<p align="center">Folha 03/07</p>
<p>Unidade Funcional/Serviço/Seção</p>	
<p>Diretoria de Enfermagem – Assessoria da Gestão de Qualidade</p>	
<p>Nome do Procedimento</p>	
<p>PREVENÇÃO DE QUEDAS</p>	
<p>Fatores que predisõem a queda:</p>	
<p>Os principais fatores predisponentes ao risco de queda são:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Crianças <= a 5 anos e pacientes com idade ≥ 65 anos; • Alteração de estado mental; • Diagnósticos secundários: AVC prévio, anemia, artrite/osteoartrose, etc; • Condições de saúde: Tonturas, hipotensão postural, baixo Índice de massa corpóreo, insônia, incontinência ou urgência miccional; • História prévia de quedas; • Funcionalidade: dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária (AVD), necessidade de dispositivo de auxílio a marcha (andador, muleta, bengala, etc), marcha e mobilidade alterados, inatividade, déficit sensitivo (visão, audição e tato); • Uso de Medicamentos: Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, o número de medicações e /ou presença de acesso venoso. 	
<p>MATERIAL</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Formulário de Avaliação de Risco de Quedas (Escala de Morse); • Placa de identificação do leito "Risco de Queda"; • Carimbo de identificação "Risco de Queda"; • Folder de orientações. • Termo de responsabilidade compartilhada; • Canetas para registro. 	
<p>PROCEDIMENTO</p>	



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE - AGQ – N° 057</p>	<p align="center">Folha 04/07</p>
<p>Unidade Funcional/Serviço/Seção</p>	
<p>Diretoria de Enfermagem – Assessoria da Gestão de Qualidade</p>	
<p>Nome do Procedimento</p>	
<p>PREVENÇÃO DE QUEDAS</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Admitir o paciente conforme POP – DE - 001; 2. Avaliar o paciente seguindo a escala de Morse (orientações no verso do instrumento); 3. O preenchimento do formulário de avaliação de risco deverá ser realizado pelo enfermeiro, nas primeiras 24 horas de internação; 4. Pacientes classificados como "Sem risco ou Baixo risco para quedas": concluir a avaliação da admissão, entregar o folder de prevenção de quedas, se possível, na presença de um familiar ou responsável, reforçando sobre os cuidados necessários para evitar quedas; 5. Solicitar a ciência do paciente e /ou familiar em impresso próprio. Pacientes e/ou familiares devem assinar o termo de responsabilidade compartilhada, declarando ciência do grau do risco de queda, da necessidade do cumprimento das medidas preventivas, do comportamento esperado e do recebimento do folder de Orientação para Prevenção de Queda em ambiente hospitalar. 6. Pacientes classificados como "Alto risco": concluir as orientações na presença obrigatória de um familiar ou responsável; 7. Solicitar a ciência do paciente e /ou familiar em impresso próprio. 8. Providenciar medidas de segurança como: <ul style="list-style-type: none"> • grades de proteção elevadas e, se necessário, utilizar protetores acolchoados entre o vão das grades;; • travas na cama; • campanha próxima ao leito; • pertences e objetos mais utilizados (coletor de urina, óculos, etc); 9. Identificar o leito com a placa de Risco de Quedas; 10. Carimbar a prescrição médica, anotações de enfermagem e requisições de exames com o carimbo "Risco de quedas"; 11. Comunicar os demais profissionais da equipe; 	



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE - AGQ – N° 057</p>	<p align="center">Folha 05/07</p>
<p>Unidade Funcional/Serviço/Seção</p>	
<p>Diretoria de Enfermagem – Assessoria da Gestão de Qualidade</p>	
<p>Nome do Procedimento</p>	
<p>PREVENÇÃO DE QUEDAS</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 12. Reavaliar todos os pacientes hospitalizados independentemente do Grau de Risco para Queda (Alto ou Baixo) semanalmente ou quando apresentarem alterações da sua condição clínica (ex.: pós – operatório, pós procedimentos invasivos, exames, etc). 13. Manter a área de circulação das enfermarias e corredores livre de móveis e utensílios; 14. Não deixar o ambiente totalmente escuro (orientar ao paciente e familiares a utilizar a luz de cabeceira durante a noite); 15. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha, déficit sensitivo ou motor; 16. Registrar em prontuário todas as intervenções realizadas; 17. Manter vigilância e agilidade no atendimento as campainhas; 18. Prescrever as ações de prevenção de quedas de caráter individualizado na prescrição de enfermagem; 19. Realizar contenção física, se necessária, conforme POP – DE – n. 047; 20. Administrar medicação prescrita para contenção química dos pacientes de acordo com a avaliação e prescrição médica. 	
<p>NOTIFICAÇÃO E AÇÕES NA OCORRÊNCIA DE QUEDA</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caso ocorra alguma queda, colocar paciente no leito, respeitando a mobilização em bloco; 2. Comunicar a enfermeira de plantão para avaliação e exame físico; 3. Solicitar avaliação médica; 4. Registrar no prontuário as informações de ocorrência de queda (informar: risco de queda identificado na admissão; período do dia em que ocorreu o evento; local da queda; como ocorreu a queda; causas da queda; se o paciente estava sozinho ou com acompanhante e demais intercorrências relacionadas a queda e a conduta 	



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE - AGQ – N° 057</p>	<p align="center">Folha 06/07</p>
<p>Unidade Funcional/Serviço/Seção</p>	
<p>Diretoria de Enfermagem – Assessoria da Gestão de Qualidade</p>	
<p>Nome do Procedimento</p>	
<p>PREVENÇÃO DE QUEDAS</p>	
<p>médica;</p>	
<p>5. Notificar em impresso próprio (Eventos Adversos) encaminhar para a Assessoria da Gestão de Qualidade.</p>	
<p>OBSERVAÇÕES</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Caso ocorra descumprimento das orientações, o paciente e familiar devem ser novamente orientados; bem como, devem assinar o termo de responsabilidade compartilhada, enfatizando a orientação recebida. 	
<p>Atenção para:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Pacientes em hiperidratação (pois fazem hipotensão postural quando a infusão é interrompida); Pacientes trombocitopênicos, pelo risco de sangramento de SNC com a queda; Pacientes com queda de volume globular (também pela hipotensão postural). <p>Mesmo que os pacientes supracitados não sejam classificados como risco de quedas, devem ser sinalizados como risco e submetidos à medidas preventivas.</p>	
<p>REFERÊNCIAS</p>	
<p>SANTOS, M.G.S.; DANTAS, A.C.A.; RAMOS, V.P. Protocolos de Enfermagem: identificação de risco e prevenção de quedas. 1ª. Ed. HEMORIO: 2010. Disponível em: http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/Protocolo_enfermagem_prevencao_quedas.pdf. Acesso em 30 jul. 2012.</p>	
<p>STUDENSK S, WOLTER L. Instabilidade e quedas. In: Duthie, EH, Katz PR, organizadores. <i>Geriatría prática</i>. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 193-200.</p>	
<p>PERRACINE, M.P. Prevenção E Manejo de Quedas no Idoso. Portal Equilíbrio e Queda em Idosos. Disponível em: < HTTP://pequi.incubadora.fapesp.br/portal/quedas>. Acesso</p>	



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

<p align="center">PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP – DE - AGQ – Nº 057</p>	<p align="center">Folha 07/07</p>
<p>Unidade Funcional/Serviço/Seção</p>	
<p>Diretoria de Enfermagem – Assessoria da Gestão de Qualidade</p>	
<p>Nome do Procedimento</p>	
<p>PREVENÇÃO DE QUEDAS</p>	
<p>em: 10 jan. 2010.</p>	
<p>PROTOCOLO de Prevenção de Quedas. ProQualis. Disponível em: http://proqualis.net/quedas/ >. Acesso em 10 jan.2010.</p>	
<p>CALVO MESA, M. ; RIU CAMPS, M. ; VILLARES GARCIA, M. J.(2001) – Las caídas intrahospitalarias: «una realidad». Revista ROL de Enfermería. Vol. 24, nº 1,</p>	
<p>MUGAIAR, Ketrim Helena Batelli ; BORDIN, Luiz Carlos ; FONSECA, Ariadne da Silva (2004) – Risco de queda de paciente: percepção do enfermeiro. Nursing. São Paulo. Vol. 7, nº 73, p. 30-35.p. 25-30.</p>	
<p>SARAIVA, D. M. R. F. [et al.] (2008) – Quedas: indicador da qualidade assistencial. Nursing. Lisboa. Ano 18, nº 235, p. 28-35.</p>	